

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....,  
data

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE <sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania  
orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń,  
potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu  
ruchu

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
- .....
- .....
4. Czy Pacjent porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: tak  nie
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny (inne niż wózek inwalidzki  
.....  
.....  
oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie (proszę wskazać)  
.....  
.....
6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta  
dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

<sup>1</sup>Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia /niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR w Jaśle