

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące

.....

.....

Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

☐ tak

☐ nie

Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

☐ neurologicznym (10-N)

☐ całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

☐ innych (jakich):

.....

.....

Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

☐ jednej kończyny dolnej

☐ obu kończyn dolnych

☐ jednej kończyny górnej

☐ obu kończyn górnych

☐ inne (jakie):

....., dnia
Miejscowość

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza