

.....
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

miejsowość

data

.....
pieczęćka, nr i podpis lekarza