

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE ¹

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,
wydane dla potrzeb 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 będącej następstwem schorzeń, stanowiących
podstawę orzeczenia (opis):
-
-
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby
w tym zakresie:
-
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta
dotyczy (**proszę zakreślić jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość) (data) pieczętka, nr. i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę nie wcześniej niż 120 dni przed
dniem złożenia wniosku do PCPR w Sandomierzu.