

.....
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**):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętą, 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.