

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczy Wnioskodawców którzy mają kod orzeczenia 10-N lub 12-C  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (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 właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, <b>nr</b> i podpis
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	

.....  
miejsowość, dnia

.....  
pieczętka i podpis lekarza