

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że **dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta dotyczy:**

obu kończyn górnych

jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych

jednej kończyny dolnej

inne, (jakie):

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta jest następstwem schorzeń o charakterze: (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Neurologicznym (10-N)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza