

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatne do rodzaju niepełnosprawności
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. Pacjent ma znacznie obniżoną sprawność ruchową w zakresie kończyn dolnych z powodu:

.....

4. Osoba ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: tak nie

5. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych w/w stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu

tak nie

6. Korzystanie z przedmioty dofinansowania tj.
jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

tak nie

7. Korzystanie z przedmioty dofinansowania tj.
wpływie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak nie

8. Występują przeciwwskazania do medyczne do korzystania z przedmioty dofinansowania

tak nie

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty