

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz.	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
U Pacjenta występuje znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych (stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii, m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe).	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

3. Ponadto, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1. Osoba niepełnosprawna ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się na zewnątrz.

tak **nie**

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

tak **nie**

3. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji.

tak **nie**

4. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn.

tak **nie**

5. Przeciwwskazania medyczne do korzystania z przedmiotu dofinansowania.....

.....
 brak przeciwwskazań

....., dnia

miejsce

data

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty