

stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane do wniosku o dofinansowanie  
w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd”

**Moduł I Obszar B – dysfunkcja narządu ruchu**

**- 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 zaznaczyć znakiem „X” we właściwym kwadracie.  
W kolumnie liczba zaznaczeń należy wpisać liczbę zaznaczonych znaków „X”  
w danym punkcie oraz należy obok podbić pieczętkę oraz podpisać**

Lp.	WYSZCZEGÓLNIENIE U PACJENTA WYSTĘPUJE	LICZBA ZAZNACZEŃ *	PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA
1.	<b>Dysfunkcja w zakresie kończyny:</b>		
1.1	<b>górnjej:</b>		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
1.2	<b>dolnej:</b>		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
2	<b>Wrodzony brak lub amputacja kończyny</b>		
2.1	<b>górnjej</b>		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
	<b>na wysokości:</b>		
	<input type="text"/>		
2.2	<b>dolnej</b>		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
	<b>na wysokości:</b>		
	<input type="text"/>		
3.	<b>Znaczny niedowład kończyny górnej:</b>		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		

\* - należy pisać liczbę zaznaczonych pól w danym punkcie

3.1

**Objawiający się:**

**4 Pacjent ze standardowego sprzętu komputerowego:**

**nie może korzystać, lub ma duże utrudnienia z jego korzystania z powodu:**

**może korzystać.**

Miejscowość:

Data wystawienia:

---

*pieczęć numer i podpis  
lekarza wystawiającego zaświadczenie*