

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach  
programu „Aktywny samorząd” – **MODUŁ I, obszar A, zadanie 2**

.....

....., dnia.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

(miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętą):**

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

Czy następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia Pacjenta .....  
..... (podać imię i nazwisko) (np. o charakterze neurologicznym – symbol orzeczenia:  
10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: 12-C) jest dysfunkcja narządu  
ruchu:

☐ tak

☐ nie

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza