**Załącznik nr 9**

**program „Aktywny samorząd”**

**Moduł I Obszar B Zadanie 1**

…………………………………………………

Pieczątka 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 ………………………………………………………………………

## 2. PESEL □□□□□□□□□□□

1. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):……………………………………………
2. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:…………………………………………………………..

………………………………………………………………………...........................................

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Brak obu kończyn górnych, na wysokości od: ………………………………………………………………… | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: ………………………………………………………….. | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| □ | Inne schorzenia:........................... | Pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty |

……………………,dnia ………………….. ………………………………

Miejscowość pieczątka i podpis lekarza specjalisty