Załącznik nr 3a do wniosku o dofinansowanie
w ramach programu Aktywny Samorząd
Moduł 1 Obszar B Zadanie 1, 2

……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. 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 pieczątką):**

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

…….
Miejscowość, data

…….
pieczęć imienna, podpis lekarza