

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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 kończyn górnych i/lub dolnych 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"/>	Brak obu kończyn górnych (wrodzony lub w wyniku amputacji), na wysokości/od:.....	pieczętąka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: Wynikający ze schorzeń o różnej etiologii (jakich?):.....	pieczętąka i podpis lekarza

....., dniar.,
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętąka, nr i podpis lekarza)

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do PCPR Głubczyce