

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności,
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim

1) Imię i nazwisko pacjenta

2) PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się

tak nie

b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu

tak nie

c) korzystanie przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

tak nie

d) korzystanie przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak nie

e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania

tak nie

....., dnia

miejsowość

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty