

Moduł I Obszar A Zadania nr: 1 i 2

.....

....., dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

(miejscowość)

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIEwydane 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):
.....
.....**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:		
<input type="checkbox"/>	o charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia: 10-N)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol orzeczenia: 12-C)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń, jakich?	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty