

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

..... dnia
miejsowość data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

wydane dla potrzeb programu „Aktywny samorząd” **Moduł I, Obszar A, Zadanie 1**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. Adres

.....

3. PESEL

4. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

TAK

NIE

5. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym (10 – N)

całościowych zaburzeń rozwojowych (12 – C)

innych,

jakich:.....

.....
I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

TAK

NIE

6. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej / kończyn dolnych

kończyny górnej / kończyn górnych

inne, jakie

..... dnia
(miejsowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę.