Załącznik nr 4 do wniosku

(Obszar B1)

.....................................................

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej .................................., dnia……….…………..….

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE 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 narządu ruchu pacjenta (opis):

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym  zakresie: ...................................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................................
2. 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 obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych,  na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |