



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....  
Adres zamieszkania: .....
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu 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** ):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych - spowodowana ? .....
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych lub amputacja obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....
<input type="checkbox"/>	Obniżenie sprawności ruchowej w zakresie obu kończyn górnych spowodowane chorobami neuromięśniowymi: .....
<input type="checkbox"/>	Obniżenie sprawności ruchowej w zakresie obu kończyn górnych spowodowane porażeniem mózgowym
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia, jakie?: .....

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza