

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wydane do wniosku o pomoc w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że u pacjenta występuje:
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja narządu ruchu	pieczętą i podpis lekarza
dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem ujętych w orzeczeniu schorzeń:		
<input type="checkbox"/>	o charakterze neurologicznym	pieczętą i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętą i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	innych schorzeń, jakich ?	pieczętą i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętą i podpis lekarza

Uwagi dodatkowe:

.....
.....

.....
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętą i podpis lekarza specjalisty)