

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

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 lub badania** stwierdza się, że dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta dotyczy:

a) pacjent posiada dysfunkcję obu kończyn górnych:

tak

nie

W przypadku dysfunkcji obu kończyn górnych proszę wymienić jakiego rodzaju jest ta dysfunkcja:

Uwagi dodatkowe:

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie