

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

.....
 (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Rodzaj choroby zasadniczej.....

4. Pacjent wymaga likwidacji barier - tak - nie
 ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

<input type="checkbox"/> NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:			<input type="checkbox"/> obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych			<input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej	<input type="checkbox"/> innym
Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema	Lewe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni	Prawe oko: Ostrość wzoru (w korekcji):..... Zwężenie pola widzenia: stopni		
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):				
<input type="checkbox"/> 01- U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09- M choroby układu moczowo - płciowego	<input type="checkbox"/> 11- I inne
<input type="checkbox"/> 02- P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06- E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08- T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 10- N choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_i podpis lekarza