

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE <sup>1</sup>

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,  
wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”-  
**w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest  
przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją  
ujętych w orzeczeniu schorzeń, potwierdzające iż następstwem schorzeń,  
stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu - **prosimy  
wypełnić czytelnie w języku polskim****

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących  
podstawę orzeczenia (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 jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

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

(miejscowość)

(data)

pieczętąka, nr\_ i podpis lekarza

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę nie wcześniej niż 120 dni przed  
dniem złożenia wniosku do PCPR w Kielcach.