

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju
niepełnosprawności
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Opis schorzenia potwierdzającego dysfunkcję narządu ruchu:

- Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się

tak **nie**

- Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

tak **nie**

- Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

tak **nie**

- Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak **nie**

- Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania

tak **nie**

.....

pieczętka i podpis lekarza