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

…....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb PCPR w Lipnie - 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)***

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