

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Adres zamieszkania Wnioskodawcy:

.....
.....

4. Rodzaj niepełnosprawności:

.....
.....
.....

5. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia
(miejscowość) (data)

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