

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb PCPR w Lipnie –
program „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)

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