
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
obszar A zadanie 1
obszar A zadanie 2

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista. Prosimy o czytelne wypełnienie.

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Opis dysfunkcji narządu ruchu (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej)

Opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu pacjenta _____

Następstwem schorzeń stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu Nie Tak

Data, pieczęć, numer i podpis lekarza _____