*Załącznik nr 5a dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Obszar A Zadanie 1, Zadanie 2*

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **................................, dnia**

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń, potwierdzające iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu**

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta ....................................................................................................................................

2.PESEL

3. **Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia:** ………………………………………………................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................  
…………………………………………………………………………………………………………………………………..................

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

**5.Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta     dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Wrodzony brak lub amputacja kończyn (których?):....................... ........................................................................................................  …………………………………………………………………………... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych lub dolnych objawiający się:..............................................................................  ………………………………………………………………………….. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inna dysfunkcja narządu ruchu: ....................................................  .......................................................................................................  …………………………………………………………………………... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |