

....., dnia .....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju  
niepełnosprawności

*(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Opis schorzenia potwierdzającego dysfunkcję narządu ruchu:

- Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się

**tak**

**nie**

- Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

**tak**

**nie**

- Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

**tak**

**nie**

- Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

**tak**

**nie**

- Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania

**tak**

**nie**

.....  
pieczętka i podpis lekarza