



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Załącznik nr 3 do formularza
wniosku w ramach programu
„Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar A, Zadanie 2

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

**potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja
narządu ruchu (dotyczy osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest
podstawą wydania orzeczenia, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń)**
-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

2. PESEL

**3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących
podstawę posiadanego 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 pieczętką):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	Pieczętka i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	Pieczętka i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	Pieczętka i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	Pieczętka i podpis lekarza
☐	Wrodzony brak lub amputacja kończyn (których?):	Pieczętka i podpis lekarza
☐	Inna dysfunkcja narządu ruchu:	Pieczętka i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)

*Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku