

obszar C5

.....

....., dnia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej**OPINIA LEKARSKA**

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Adres Pacjenta.....

3. PESEL

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność

Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc (proszę wymienić jakie)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymanie lub pogorszenie tego procesu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość).....
pieczętka nr i podpis lekarza

[Wpisz tekst]