

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
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 pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	Pacjent <u>ma</u> możliwość/Nie ma* możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych pacjenta ubiegającego się o zakup <u>skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym*</u> ; <input type="checkbox"/> 1/ nie stanowią poważnych utrudnień w samodzielnym funkcjonowaniu pacjenta <input type="checkbox"/> 2/ stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu pacjenta		pieczętka, nr i podpis lekarza
Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub z wózka z napędem elektrycznym: <input type="checkbox"/> 1/ jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu), <input type="checkbox"/> 2/ nie jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym <u>wpłynie/nie wpłynie</u> * niekorzystnie na sprawność kończyn,	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	<u>Istnieją przeciwwskazania medyczne</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<u>Nie ma przeciwwskazań medycznych</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

* odpowiednie zakreślić

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza