

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

....., dnia
(miejscowość)

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	<p>..... pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Inne dysfunkcje:.....	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

5. Istnieje konieczność wyposażenia pacjenta w:

- skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym
- oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego.

6. Ponadto - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

proszę zakreślić właściwe pola

1. Pacjent **ma możliwość** samodzielnego poruszania się oraz przemieszczania się*:

- tak nie

2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu pacjenta:

- tak nie

3. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego/ wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest **wskazane** z punktu widzenia procesu rehabilitacji (**nie spowoduje** wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

- tak nie

4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego/ wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym **wpływie niekorzystnie** na sprawność kończyn:

- tak nie

5. **Przeciwwskazania** do korzystania ze skutera inwalidzkiego/ wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja):

.....
.....

- brak przeciwwskazań

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

* możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się na zewnątrz lub brak takiej możliwości jest związany z poziomem dysfunkcji narządu ruchu w zakresie kończyn dolnych. Brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych.