

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
praktyki lekarskiej

....., dnia lub

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. **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	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

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 **nie ma możliwości** 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 **nie wpłynie korzystnie** na sprawność kończyn:

tak **nie**

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

.....
.....

brak przeciwwskazań

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

(**pieczętka, nr i podpis lekarza**)