

.....
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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych/górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn dolnych/górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, stanu zdrowia oraz poziomu dysfunkcji narządu ruchu oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w postaci użytkownika skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszczadowania elektrycznego do wózka ręcznego* stwierdza się, że:

1	Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:	tak/nie*
2	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby niepełnosprawnej, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym jej funkcjonowaniu:	tak/nie*
3	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszczadowania elektrycznego do wózka ręcznego* jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):	tak/nie*
4	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszczadowania elektrycznego do wózka ręcznego* nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:	tak/nie*
5	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszczadowania elektrycznego do wózka ręcznego*:	tak/nie*

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić