.....

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 pieczątką***):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn dolnych/górnych, na wysokości/od:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn dolnych/górnych, objawiający się:..... ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:..... …… ……	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, stanu zdrowia oraz poziomu dysfunkcji narządu ruchu oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w postaci użytkowania skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyrządowania 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/oprzyrządowania 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/oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:	tak/nie*
5	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego*:	tak/nie*

*niepotrzebne skreślić

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**)

pieczątka, nr_ i podpis lekarza