

.....
Pieczętka 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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

| | | |
|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <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:..... | |

| Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się: | | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym | |

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza