

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. 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 | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu rąk | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu nóg | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenie:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |

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

| 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 | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| 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) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| 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 | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| 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 | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| 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 |

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarz)