

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. Adres zamieszkania

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** 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	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	

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/oprzyszczowania elektrycznego do wózka ręcznego* stwierdza się, że:

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	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/oprzyszczowania elektrycznego do wózka ręcznego 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/oprzyszczowania elektrycznego do wózka ręcznego 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/oprzyszczowania elektrycznego do wózka ręcznego	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszczowania elektrycznego do wózka ręcznego	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

* niepotrzebne skreślić

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty