

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

Adres zamieszkania:

PESEL

2. Stan zdrowia osoby niepełnosprawnej/dziecka niepełnosprawnego oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz:

tak nie

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**):

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg |
| <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 |



Inne schorzenie:.....

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy

Tak Nie

Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się

Tak Nie

Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta

Tak Nie

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 Nie

Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

Tak Nie

Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym

Tak Nie

Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza