

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., **dnia**
 (miejsowość)

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. **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	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja/brak jednej/obu* kończyn dolnych na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja/brak jednej/obu* kończyn górnych na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

4. Ponadto na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:
(proszę zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>1. Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. 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):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>6. Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	pieczętą, nr i podpis lekarza