

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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 stwierdza się, że:

Dysfunkcja narządu ruchu osoby niepełnosprawnej wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz, brak takiej możliwości wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Stan ten wynika ze schorzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka z oprzyrządowaniem elektrycznym <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	pieczętka, nr i podpis lekarza

5. Pacjent może korzystać z:

- ☐ skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
☐ wózka inwalidzkiego ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty o specjalizacji
adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności