

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

....., dnia .....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
**- prosimy o wypełnienie czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL .....

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej luba badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)**:

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)</b>		
<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"/>	Inna dysfunkcja	Pieczętka, nr i podpis lekarza

<b>W przypadku Pacjenta: (Prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)</b>		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie z wózka i napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenie tego procesu)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	Pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: **(proszę zakreślić właściwe pole )**

<input type="checkbox"/>	<b>Nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	<b>Wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	Niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza, itp.
<input type="checkbox"/>	Urządzenie umożliwiające sterowanie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik, itp.)
<input type="checkbox"/>	Niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodrażynowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	Specjalne, regulowane ( w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	Kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	Zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	Specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	W taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta ( np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	Inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenie joysticka wózka do komputera ji postugiwanie się nim jak myszką), jakie:

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza