

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

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 lub badania** stwierdza się, że
 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić
 podpisem i pieczętą):**

<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
Czy dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	Pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy 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)	Pieczątko, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	Pieczątko, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	Pieczątko, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	Pieczątko, nr i podpis lekarza