

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 |
| Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) | |
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg | Pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg | Pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk | Pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki | Pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu rąk | Pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu nóg | Pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja | Pieczętąka, nr i podpis lekarza |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| W przypadku Pacjenta: (Prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu) | | |
| <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | Korzystanie z wózka o 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"/> | Nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem |
| <input type="checkbox"/> | Wymaga 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 i posługiwanie się nim jak myszką), jakie: |

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka i podpis lekarza specjalisty