

....., 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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe – dokładna charakterystyka schorzenia w tym opis sposobu poruszania się)
.....
4. Zakres obniżenia sprawności ruchowej w obrębie kończyn dolnych:

 lekki umiarkowany znaczny
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenia ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie (m.in. wózek inwalidzki o napędzie ręcznym/elektrycznym, balkonik, kule, protezy, itp.)
.....
6. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<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)	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 nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	Pieczętka, 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	Pieczętka, 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	Pieczętka, nr i podpis lekarza

7. Stwierdzam zasadność zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

TAK NIE

8. Stwierdzam zasadność zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

TAK NIE

jeśli tak, to jakiego:

.....

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczętka i podpis lekarza specjalisty