

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

Imię i nazwisko Pacjenta

Numer PESEL Pacjenta

1. Na podstawie: badania podczas wizyty lub przeprowadzonego wywiadu lekarskiego lub po uzyskaniu opinii fizjoterapeuty stwierdzam, że Pacjent w poniższym teście kontroli tułopwia (TCT) uzyskał łącznie:punktów:

Zbadaj sprawność	Wpisz ilość uzyskanych punktów
Przewrót na stronę słabszą (wybierz właściwe): 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przewrót na stronę silniejszą (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Balans w pozycji siedzącej - zdolność utrzymania stabilnej, wyprostowanej pozycji siedzącej bez podparcia (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	
Przejsięcie z leżenia do siadu (wybierz właściwe) 0 punktów - niezdolny do wykonania zadania bez pomocy 12 punktów - zdolny do wykonania zadania z pomocą 25 punktów - zdolny do wykonania zadania	

2. Pacjent z uwagi na potrzeby związane z ograniczeniami w pozycji siedzącej, wymaga zaopatrzenia (właściwe zakreśl lub zaznacz w inny sposób, można zaznaczyć obie opcje):

- 1) Manualny wózek multipozycyjny
- 2) Wyposażenie manualnego wózka multipozycyjnego

3. U Pacjenta występuje ryzyko odleżyn w następujących okolicach (zaznacz wszystkie, które dotyczą Pacjenta):

- 1) Kość krzyżowa
- 2) Guzki kulszowe
- 3) Pośladki
- 4) Pięty
- 5) Łopatki
- 6) Krętarze biodrowe
- 7) Wypukła część kręgosłupa
- 8) Okolice ud
- 9) Okolice pleców

Informacja dotycząca potrzeb pacjenta związanych z użytkowaniem manualnego wózka inwalidzkiego multipozycyjnego lub jego wyposażenia

1. Pacjent wymaga manualnego wózka multipozycyjnego lub jego wyposażenia w związku z następującymi potrzebami i aktywnością (zaznacz wszystkie, które dotyczą Pacjenta):

- 1) Samoobsługa
- 2) Mobilność
- 3) Lokomocja
- 4) Komunikacja i kontakty społeczne
- 5) Zatrudnienie
- 6) Nauka i podnoszenie kwalifikacji
- 7) Leczenie lub rehabilitacja
- 8) Uczestnictwo w życiu społecznym i obywatelskim

2. Pacjent potrzebuje manualnego wózka multipozycyjnego do następującego zastosowania:

- 1) do użytku mieszkalnego (małe koła)
- 2) do użytku mieszkalnego i zewnętrznego (średnie koła)
- 3) do użytku zewnętrznego (duże koła, kółka antywywrotne)

3. Pacjent potrzebuje następujących funkcjonalności wózka lub wyposażenia:

- 1) Regulowane odchylenie oparcia i specjalne ortopedyczne siedzisko
- 2) Regulowana wysokość oparcia i głębokość siedziska
- 3) Odchylane lub demontowane podłokietniki ułatwiające transfer boczny i ubieranie
- 4) Odchylenia kąta podnóżków
- 5) Wielofunkcyjny zagłówek stabilizujący głowę i szyję
- 6) Pionizator
- 7) Funkcja toaletowa (materiały wodoodporne konieczne do użytku w łazience)
- 8) Funkcja toaletowa (otwór w siedzisku umożliwia mycie i korzystanie z toalety)
- 9) Zapobiegające odleżynom
- 10) Elementy wymagające napędu elektrycznego
- 11) System podnoszenia siedziska
- 12) System wspomagający dla opiekuna
- 13) Inne

4. Opinia dotycząca funkcjonalnego dostosowania proponowanego do dofinansowania manualnego wózka multipozycyjnego lub jego wyposażenia (w przedstawionych ofertach) do indywidualnych potrzeb i aktywności Pacjenta

1) Pacjent przedstawiłofert (wpisz liczbę przedstawionych ofert).

2) Z przedstawionych ofert pozytywnie oceniam pod względem funkcjonalnego dopasowania zakupu do potrzeb i aktywności Pacjenta, następującą ofertę (lub oferty), w kolejności:

a) Wszystkie oferty oceniam pozytywnie

b) Ofertę firmy:

c) Ofertę firmy:

d) Ofertę firmy:

3) Za całkowicie niedopasowaną do potrzeb i aktywności Pacjenta oceniam ofertę (lub oferty):

a) Wszystkie oferty oceniam negatywnie

b) Ofertę firmy:

c) Ofertę firmy:

Oświadczam, że aktualnie oraz w ciągu ostatnich 3 lat, nie byłam/nie byłam przedstawicielem prawnym lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y), oferujących sprzedaż towarów będących przedmiotem ww. ofert, ani nie jestem i nie byłam/byłam w żaden inny sposób powiązany z zarządaniem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczeńć i podpis lekarza POZ lub specjalisty ¹

¹ Zaświadczenie może wystawić lekarz zespołu opieki zdrowotnej lub specjalista w następujących dziedzinach:

- fizjoterapii
- neurologii, neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii
- onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów
- ortopedii i traumatologii lub chirurgii ortopedycznej, lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu
- rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu
- reumatologii