

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

Obszar C zadanie 5

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	pieczętka i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	pieczętka i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	pieczętka i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja obu rąk	pieczętka i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja obu nóg	pieczętka i podpis lekarza
☐	Inne schorzenie:.....	pieczętka i podpis lekarza

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak ☐ Nie ☐
Tak ☐ Nie ☐	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętka i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka inwalidzkiego ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka inwalidzkiego ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka inwalidzkiego ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka inwalidzkiego ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka i podpis lekarza