

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

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

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Nr PESEL

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

- ☐ Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg
- ☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg
- ☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk
- ☐ Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki
- ☐ Dysfunkcja obu rąk
- ☐ Dysfunkcja obu nóg
- ☐ Inne schorzenie (jakie?)

Ponadto twierdza się, że:

- Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:
☐ TAK ☐ NIE
- Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta:
☐ TAK ☐ NIE
- Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):
☐ TAK ☐ NIE
- Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:
☐ TAK ☐ NIE
- Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym:
☐ TAK ☐ NIE

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza