

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. **Imię i nazwisko Pacjenta**
2. **PESEL**
3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** 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"/>	Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: **(proszę
zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką):**

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętąka, nr i podpis lekarza
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętąka, nr i podpis lekarza
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	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)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętąka, nr i podpis lekarza
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętąka, nr i podpis lekarza

.....
(stempel i podpis specjalisty)