

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

.....,
dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent
(proszę zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	posiada jednoczesną dysfunkcję obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	posiada dysfunkcję obu kończyn dolnych
Pacjent porusza się samodzielnie na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak nie

. **Przeciwwskazania medyczne** do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym :

brak przeciwwskazań medycznych

. Pacjent **może** poruszać się na skuterze inwalidzkim o napędzie ręcznym:

tak nie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza

UWAGA!

1. O dofinansowanie do zakupu skutera o napędzie elektrycznym może ubiegać się osoba, której stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się, przemieszczanie się na zewnątrz: brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych: stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe).

2. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.

3. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.