

.....
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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	

Pacjent ma możliwości samodzielnego poruszania i przemieszczania

tak nie

Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu

tak nie

Korzystanie: (właściwe zaznaczyć)

ze skutera o napędzie elektrycznym

z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu

tak

nie

Korzystanie: (właściwe zaznaczyć)

ze skutera o napędzie elektrycznym

z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak

nie

brak przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym

brak przeciwwskazań medycznych do korzystania z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

są przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym

są przeciwwskazania medyczne do korzystania z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

Pacjent **może** poruszać się:

na skuterze o napędzie elektrycznym

na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym

....., dnia

(miejsowość)

.....

pieczętka i podpis lekarz

UWAGA!

1. O dofinansowanie do zakupu oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego oraz skutera 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 mózgowo, 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.