

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

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. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

.....

5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić właściwe pole)

TAK	NIE	Dysfunkcja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dysfunkcja obu rąk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dysfunkcja obu nóg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	inne schorzenie.....

6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji stwierdza się, zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania: (proszę zakreślić właściwe pole)

TAK	NIE	Dysfunkcja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu wyklucza możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inne :

.....
Miejscowość i data

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza