

.....
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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania 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 <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu rąk <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu nóg <input type="checkbox"/> Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy/trudności w samodzielnym przemieszczaniu się	
<input type="checkbox"/> Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza