

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczaniu się przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (<u>prosimy o wskazanie tylko jednej odpowiedzi</u>)	
<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 specjalisty
W przypadku Pacjenta: (<u>prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu</u>)	
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka napędzonego elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja), redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej
	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruch: (proszę zakreślić właściwe pola)

<input type="checkbox"/>	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władczych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków)
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:

.....
pieczętka, nr i **podpis lekarza specjalisty**