

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

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 stwierdza się, że u Pacjenta występuje:
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	-------------------------------

4. Rodzaj schorzenia i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz:

tak nie

6. Pacjent wymaga zakupu

<input type="checkbox"/>	Skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: <input type="checkbox"/> trójkołowego <input type="checkbox"/> czterokołowego	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego, jakiego?.....	pieczętą, nr i podpis lekarza

7. Uzasadnienie zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Potwierdzam, że:

a) pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się

tak nie

b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

tak nie

c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

tak nie

d) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak nie

e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania

tak nie

9. Opinia lekarza w zakresie użytkowania skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego:

pozytywna

negatywna

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)