

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

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. Opis dysfunkcji.....
.....
.....
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 oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka,nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka,nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka,nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka,nr i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych/dolnych*, na wysokości/ od:.....	pieczętka,nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych/dolnych*, objawiający się:.....	pieczętka,nr i podpis lekarza

6. Ponadto na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

Proszę zakreślić właściwe pola 1. Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania : ☐ tak ☐ nie 2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu: ☐ tak ☐ nie 3. Pacjent może poruszać się na skuterze inwalidzkim o napędzie elektrycznym : ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy 4. Pacjent może poruszać się na wózku ręcznym z zainstalowanym oprzyrządowaniem elektrycznym: ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy 5. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka ręcznego z zainstalowanym oprzyrządowaniem elektrycznym* jest niewskazane , gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych: ☐ tak ☐ nie 6. ☐ Przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym wózka ręcznego z zainstalowanym oprzyrządowaniem elektrycznym* (np. utraty przytomności, epilepsja): ☐ brak przeciwwskazań	pieczętka nr i podpis lekarza
---	--

**niewłaściwe skreślić*