

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja <u>obu rąk i obu nóg</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja <u>jednej ręki i obu nóg</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja <u>obu rąk i jednej nogi</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja <u>jednej ręki i jednej nogi</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja <u>obu rąk</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja <u>obu nóg</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Stan zdrowia pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz:		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent <u>nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią <u>poważne utrudnienia</u> w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym <u>jest wskazane</u> z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym <u>nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	<u>Nie ma przeciwwskazań medycznych</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	<u>Istnieją przeciwwskazania medyczne</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

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