

.....
Stempel 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. Zakres dysfunkcji Pacjenta (opis schorzenia):

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.		Tak ☐ Nie ☐
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		
☐	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
☐	Dysfunkcji obu rąk	
☐	Dysfunkcji obu nóg	
☐	Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola ☐ przy każdym stwierdzeniu)		
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak ☐ Nie ☐	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
Tak ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty