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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej…………….., dnia ………………

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

*- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta ................................................................................................

 PESEL

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy( ***proszę zakreślić  właściwe pole****):*

|  |
| --- |
| **Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy**: (***prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź***) |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg | pieczątka, **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  | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się | pieczątka, **nr** i podpis lekarza |
| Tak Nie  | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w jego samodzielnym funkcjonowaniu |
| Tak Nie  | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego \* jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |
| Tak Nie  | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego \* nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn |
| Tak Nie  | Nie ma przeciwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego\* |

*\* niepotrzebne skreślić*