

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywnym samorząd” w 2019 r. –
Moduł I Obszar C 5

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

....., dnia

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

☐	Jednoczesna dysfunkcja <u>obu rąk i obu nóg</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja <u>jednej ręki i obu nóg</u>	
☐	Jednoczesna dysfunkcja <u>jednej nogi i obu rąk</u>	
☐	Jednoczesna dysfunkcja <u>jednej nogi i jednej ręki</u>	
☐	Dysfunkcja <u>obu rąk</u>	
☐	Dysfunkcja <u>obu nóg</u>	
☐	Inne schorzenie:	

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak ☐ Nie ☐
Tak ☐ Nie ☐	Pacjent <u>nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się</u>	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią <u>poważne utrudnienia</u> w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak ☐ Nie ☐	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)	
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym <u>nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn</u>	
Tak ☐ Nie ☐	<u>Nie ma przeciwwskazań medycznych</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak ☐ Nie ☐	<u>Istnieją przeciwwskazania medyczne</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	