

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
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**):

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

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy:		pieczętka, nr i podpis lekarza
Ma możliwość <input type="checkbox"/> Nie ma możliwości <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Jest wskazane <input type="checkbox"/> Nie jest wskazane <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Nie wpłynie niekorzystnie <input type="checkbox"/> Wpłynie niekorzystnie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Istnieją przeciwwskazania <input type="checkbox"/> Nie ma przeciwwskazań <input type="checkbox"/>	Przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	