

.....

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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<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 w samodzielnym przemieszczaniu się:	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <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	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	

....., dnia

.....

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty