

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta (opis):

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<p>Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn dolnych</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w jego samodzielnym funkcjonowaniu:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>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):</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

<p>Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego * nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego *:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

* *niepotrzebne skreślić*

....., dnia

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza