

.....
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. 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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja kończyn, których ?.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Porażenie mózgowe	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Choroby neuromięśniowe	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Ponadto (**pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu**) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

<p>proszę zakreślić właściwe pola</p> <p>1. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Przeciwwskazania do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja): </p> <p><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza