

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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**):

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

<p>Stan zdrowia pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz:</p> <p style="text-align: center;">Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>		<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Pacjent <u>nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się</u></p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią <u>poważne utrudnienia</u> w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym <u>jest wskazane</u> z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym <u>nie wpłynie niekorzystnie na sprawność sprawność kończyn</u></p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Nie ma przeciwwskazań medycznych</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Istnieją przeciwwskazania medyczne</u> do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

