

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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**):

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

<p>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się: <i>(proszę wypełnić wszystkie pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)</i></p>		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	<p>pieczętą, nr i podpis lekarza</p>
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	