

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL _ _ _ _ _
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis schorzenia):

4. **Niepełnosprawność Pacjenta dotyczy** (proszę zaznaczyć symbolem X właściwe pole) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych |
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn dolnych |
| | <input type="checkbox"/> Inne, jakie? |

6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:
(proszę zakreślić właściwe pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się.	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji – nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu.	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn.	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego.	pieczętąka, nr i podpis lekarza

.....
miejsce / data

.....
pieczętąka, nr i podpis lekarza specjalisty