

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

1) stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz:

TAK

NIE

2) brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się na zewnątrz Pacjenta wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych:

TAK

NIE

spowodowaną następującymi schorzeniami (należy wymienić):

.....
.....
.....

3) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta:

TAK

NIE

./.

4) korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym bądź wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym **jest wskazane** z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

TAK

NIE

5) korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym bądź wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym wpłynie na sprawność kończyn Pacjenta:

KORZYSTNIE

NIEKORZYSTNIE

6) istnieją medyczne przeciwwskazania do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym bądź wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym:

TAK

NIE — brak przeciwwskazań

Przeciwwskazania do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym bądź wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (proszę wymienić jakie):

.....
.....
.....

....., dnia r

miejsowość

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

*** Prosimy o wypełnienie obu stron!**