

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

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C5)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL:
3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole x oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

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

Dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, wskazania zawarte w pkt 3 niniejszego zaświadczenia.

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się (właściwe proszę zaznaczyć x):		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	<p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszódowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ opryszódowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ opryszódowania elektrycznego do wózka ręcznego	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ opryszódowania elektrycznego do wózka ręcznego	

Dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowo, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, wskazania zawarte w pkt 3 niniejszego zaświadczenia.