

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**   
 **oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/ od:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punkty widzenia procesu rehabilitacji ( nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym

**Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:     TAK     NIE**

pieczętka, nr i podpis lekarza

.....  
( miejscowość)                      (data)

.....  
( podpis i pieczętka lekarza)