

.....
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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
-
-
-
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie :.....
-
-
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej 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	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od.....	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych objawiający się:	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty

<input type="checkbox"/>	Amputacja kończyn, których	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Porażenie mózgowe	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Choroby neuromięśniowe	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty

6. Ponadto (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu) – **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

<p><i>Proszę zakreślić właściwe pola</i></p> <p>1. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się na zewnątrz <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji(nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Przeciwwskazania do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja)..... </p> <p><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	<p>Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty</p>
---	---

....., dnia

miejsowość

data

.....

pieczętka, nr_i podpis lekarza specjalisty