

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

....., dnia
 (miejscowość) (dnia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Obszar C Zadanie 5
 - *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że: (proszę zakreślić znakiem „x” pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

☐ 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, porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe), **proszę podać jakie**

.....

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania i przemieszczania ☐ tak ☐ nie
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu ☐ tak ☐ nie
Korzystanie: (właściwe zaznaczyć) ☐ ze skutera o napędzie elektrycznym ☐ z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu ☐ tak ☐ nie

Korzystanie: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ ze skutera o napędzie elektrycznym
- ☐ z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

☐ tak ☐ nie

- ☐ brak przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym
- ☐ brak przeciwwskazań medycznych do korzystania z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego
- ☐ są przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym
- ☐ są przeciwwskazania medyczne do korzystania z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

Pacjent **może** poruszać się:

- ☐ na skuterze o napędzie elektrycznym
- ☐ na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć i podpis lekarz

UWAGA!

1. O dofinansowanie do zakupu oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego oraz skutera może ubiegać się osoba, której stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się, 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).
2. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
3. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.
4. Zaświadczenie musi być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.