

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

....., dnia .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

(Obszar C Zadanie 5)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy  
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

|                          |   |                                   |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg         | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg     |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk     |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcji obu rąk                                |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcji obu nóg                                |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Innego schorzenia:.....                           |                                   |

**Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy  
w samodzielny m przemieszczaniu się:**

Tak Nie

|         |  |                                   |
|---------|--|-----------------------------------|
| Tak Nie | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się   | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| Tak Nie | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta  |                                   |
| Tak Nie | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |                                   |
| Tak Nie | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn   |                                   |
| Tak Nie | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   |                                   |
| Tak Nie | Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   |                                   |

