

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C Zadanie 1)

- 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 pieczętą*):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.		Tak	Nie
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (<i>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</i>)			
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętąka, nr 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"/>	Inna dysfunkcja		
W przypadku Pacjenta: (<i>prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu</i>)			
Tak	Nie	pieczętąka, nr i podpis lekarza	
Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)			
Tak	Nie		
Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn			
Tak	Nie		
Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja)			

Tak Nie	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	
---------	---	--

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

2. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: **(proszę zakreślić właściwe pola)**

	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterowni itp.)
	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

