

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- 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**):

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

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

	<b>nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
	<b>wymaga</b> 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, sterowniki 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), <b>jakie:</b>

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

