

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

.....,
data

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"/>	* Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych <i>(dotyczy obszaru B-1 wniosku)</i>	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja czterokończynowa	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk i jednej nogi	pieczętą, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej ręki i jednej nogi	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru B-1 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak jednej kończyny górnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	* Brak jednej kończyny dolnej na wysokości/od:..... (dotyczy obszaru C-3,4 wniosku)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia, których następstwem jest dysfunkcja narządu ruchu:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

* Dysfunkcja warunkująca uczestnictwo w programie

Pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach Modułu I Obszar C Zadanie 5 tj. pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadczyć się, że:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<p>1. Pacjent może poruszać się samodzielnie na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Korzystanie ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Przeciwwskazania do korzystania ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (np. utraty przytomności, epilepsja):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	<p style="text-align: right;"><i>data, nr, pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</i></p>
---	--

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)