

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C5)

- 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*):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
☐	Dysfunkcja obu rąk	
☐	Dysfunkcja obu nóg	
☐	Inne schorzenie:.....	
Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się :		Tak Nie
☐ Tak ☐ Nie	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	
☐ 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	
		pieczętą, nr i podpis lekarza

