

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

**Moduł I Obszar C Zadanie nr 5**

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

....., dnia.....  
(miejsowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych, w tym znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych, w tym znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn dolnych - znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych polegająca na.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Ponadto, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent:

.....:

(imię i nazwisko)

proszę zakreślić właściwe pola

1. może poruszać się na skuterze inwalidzkim o napędzie elektrycznym:

tak       nie

lub (jedna opcja do wyboru)

może poruszać się na wózku ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym:

tak       nie

2. nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

tak       nie

3. zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta:

tak       nie

4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego napędzone elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

tak       nie

5. korzystanie ze skutera inwalidzkiego napędzone elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak       nie

6. Przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera inwalidzkiego napędzone elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (na przykład utraty przytomności, epilepsja):

.....  
.....  
.....

brak przeciwwskazań

pieczętka, nr i podpis lekarza

Wyrażam zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym\* przez Pacjenta ..... (podać imię i nazwisko)

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić