

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

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 (m.in. amputacje, porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe – **dokładna charakterystyka schorzenia, w tym opis sposobu poruszania się**):

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

4. Zakres obniżenia sprawności ruchowej w obrębie kończyn dolnych:

lekki umiarkowany znaczny

5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie (m.in. wózek inwalidzki o napędzie ręcznym/elektrycznym, balkonik, kule, protezy itp.):

.....
.....

6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg polegająca na :	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg polegająca na:	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk polegająca na:	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki polegająca na:	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk polegająca na:	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg polegająca na:	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:	pieczęćka, nr i podpis lekarza

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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)	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym (jaki	pieczęćka, nr i podpis lekarza

7. Stwierdzam zasadność zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

TAK NIE

8. Stwierdzam zasadność zakupu oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego.

TAK NIE

Jeśli tak, to jakiego:

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)