

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

....., dnia

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. Stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz.

tak nie

5. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się.

tak nie

6. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.

tak nie

7. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

tak nie

8. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowaniu elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn.

tak nie

9. Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (przeciwwskazania np. utraty przytomności, epilepsja).

tak nie

10. Przeciwwskazania:

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

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza