

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

TAK	NIE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inne:

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)