

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego
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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że w/w Pacjent ma znacznie obniżoną sprawność ruchową w zakresie kończyn dolnych. Stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza u pacjenta samodzielne poruszanie się i przemieszczanie na zewnątrz. Potwierdza się dysfunkcję obu kończyn dolnych w zakresie:

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja obu kończyn dolnych.	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja jednej kończyny dolnej a druga kończyna dolna ze znacznie obniżoną sprawnością ruchową w stopniu wykluczającym samodzielne poruszanie się i przemieszczanie.	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn dolnych w stopniu wykluczającym samodzielne poruszanie się i przemieszczanie.	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis

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

<input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się.	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis
<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta.	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis

<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis
<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym.	Potwierdzenie lekarza- pieczęć i podpis

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczęć, nr_ i podpis lekarza specjalisty

*** Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista (neurolog, ortopeda, ortopeda-traumatolog, lekarz rehabilitacji medycznej)**