

.....  
 Pieczęć placówki ochrony zdrowia  
 lub praktyki lekarskiej

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

### 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 opatrzonym pieczęcią**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych/górnych, na wysokości/od: .....	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn dolnych/górnych, objawiający się:..... .....	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... ..... .....	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, stanu zdrowia oraz poziomu dysfunkcji narządu ruchu oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w postaci użytkownika skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszódowania elektrycznego do wózka ręcznego\* stwierdza się, że:

1	Osoba niepełnosprawna ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:	tak/nie*
2	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby niepełnosprawnej, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym jej funkcjonowaniu:	tak/nie*
3	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszódowania elektrycznego do wózka ręcznego* jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):	tak/nie*
4	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszódowania elektrycznego do wózka ręcznego* wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:	tak/nie*
5	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszódowania elektrycznego do wózka ręcznego*:	tak/nie*

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

(miejscowość )

(data)

.....

podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

\*niepotrzebne skreślić