

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

<input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu rąk <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu nóg <input type="checkbox"/> Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i <b>podpis lekarza specjalisty</b>
Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy/trudności w samodzielnym poruszaniu się i przemieszczaniu się na zewnątrz	
<input type="checkbox"/> Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i <b>podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/> Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu	pieczętka, nr i <b>podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i <b>podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i <b>podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/> Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i <b>podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/> Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i <b>podpis lekarza specjalisty</b>