

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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. 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 i pieczętą):

Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn dolnych  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b> </div>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b> </div>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w jego samodzielnym funkcjonowaniu:  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b> </div>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego * jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b> </div>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego * nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <b>tak</b>                      <input type="checkbox"/> <b>nie</b> </div>	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego *:	pieczętąka, nr i podpis lekarza

\* niepotrzebne skreślić