

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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 i pieczętą):

Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn dolnych ☐ tak ☐ nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: ☐ tak ☐ nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w jego samodzielnym funkcjonowaniu: ☐ tak ☐ nie	pieczętka, 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): ☐ tak ☐ nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego * nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn: ☐ tak ☐ nie	pieczętka, nr i podpis lekarza
Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego *: ☐ tak ☐ nie	pieczętka, nr i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić