

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 u Pacjenta występuje:
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	Dysfunkcja narządu ruchu charakteryzująca się znaczną obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
--------------------------	---	-------------------------------

4. Rodzaj schorzenia i opis zakresu dysfunkcji narządu ruchu:

.....
.....
.....
.....
.....

5. Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz:

☐ tak ☐ nie

6. Pacjent wymaga zakupu

☐	Skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym: ☐ trójkołowego ☐ czterokołowego	pieczętą, nr i podpis lekarza
☐	Oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego, jakiego?.....	pieczętą, nr i podpis lekarza

7. Uzasadnienie zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. Potwierdzam, że:

- a) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

☐ tak ☐ nie

- b) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

☐ tak ☐ nie

- c) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

☐ tak ☐ nie

- d) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania

☐ tak ☐ nie

9. Opinia lekarza w zakresie użytkowania skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego:

☐ pozytywna

☐ negatywna

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)