

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

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

|                          |  |                                   |
|--------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg         | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <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:.....                            |                                   |

| <b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:</b> |  | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                      | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się   | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza                         |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                      | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta  |   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                      | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                      | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn   |   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                      | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   |   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                      | Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   |   |