

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

2. PESEL

3. Możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania:

Tak Nie

4. 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 kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

5. Ponadto - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że (proszę zaznaczyć właściwe pole):

<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia procesu rehabilitacji	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie może poruszać się skuterem inwalidzkim o napędzie elektrycznym / wózkiem ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza

..... dnia.....
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, podpis lekarza)