

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

(stempel zakładu opieki zdrowotnej) (miejsowość)

lub praktyki lekarskiej)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane przez lekarza specjalistę (o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności) do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (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, numer 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	
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 lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem 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 lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem 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 lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym	
		pieczętka, numer i podpis lekarza