

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wystawione przez lekarza specjalistę
stosownie do rodzaju niepełnosprawności

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

☐ Tak ☐ Nie	Stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz, z uwagi na dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Tak ☐ Nie	Pacjent ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Tak ☐ Nie	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Tak ☐ Nie	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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Tak ☐ Nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Tak ☐ Nie	Występują przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza

