

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar C Zadanie nr 5

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

....., dnia.....
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych, w tym znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych, w tym znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie 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 - znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych polegająca na.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Ponadto (**pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C zadania 5 programu**) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent

(imię i nazwisko)

proszę zakreślić właściwe pola

1. **może** poruszać się na **skuterze inwalidzkim o napędzie elektrycznym:**

tak **nie**

lub (jedna opcja do wyboru)

może poruszać się na **wózku ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym:**

tak **nie**

2. **nie ma możliwości** samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

tak **nie**

3. zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią **poważne** utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta:

tak **nie**

4. **Korzystanie** ze skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest **wskazane** z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

tak **nie**

5. **korzystanie** ze skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym **wpływie niekorzystnie** na sprawność kończyn

tak **nie**

6. **Przeciwwskazania** medyczne do korzystania ze skutera inwalidzkiego napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja):

.....

brak przeciwwskazań

pieczętka, nr i podpis lekarza

Wyrażam zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym* przez Pacjenta

(podać imię i nazwisko)

....., dnia

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić