

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie
w ramach pilotażowego programu
„Aktywny samorząd”
(Moduł I Obszar C zadanie nr 1)

Prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

1. Dane Pacjenta

Imię i Nazwisko:

nr PESEL:

Adres zamieszkania:

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

2.1 Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego. TAK NIE

2.2 Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

(prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg

Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg

Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk

Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki

Dysfunkcji obu rąk

Dysfunkcji obu nóg

Inna dysfunkcja

Jaka:

pieczętąka, nr
i podpis lekarza

2.3 W przypadku Pacjenta:

(prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)

Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: (proszę zakreślić właściwe pola)

- nie wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
- wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
- niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp
 - urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
 - niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
 - specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
 - kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
 - zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
 - specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
 - w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
 - inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie:**

....., dnia,
(miejsowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza