

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane do wniosku o dofinansowanie  
w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd”

**Moduł I Obszar C zadanie nr 5**

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

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

**Proszę zaznaczyć znakiem „X” we właściwym kwadracie.**

**W kolumnie liczba zaznaczeń należy wpisać liczbę zaznaczonych znaków „X”  
w danym punkcie oraz należy obok podbić pieczętkę oraz podpisać**

Lp.	U PACJENTA WYSTĘPUJE	LICZBA ZAZNACZEŃ w kolumnie B*	PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA
A	B	C	D
1).	<b>DYSFUNKCJA:</b>		
1).1.	<b>RĘKI / RAŃ</b>		
	<input type="checkbox"/> lewej                      prawej	<input type="checkbox"/>	
1).2.	<b>NOGI / NÓG</b>		
	<input type="checkbox"/> lewej                      prawej	<input type="checkbox"/>	
2).	<b>INNE SCHORZENIE:</b>		
	<input type="text"/>		

\* - należy pisać liczbę zaznaczonych pól w danym punkcie

**4. Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:**

TAK

NIE

---

4.1 Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

TAK

NIE

---

4.2 Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta:

TAK

NIE

---

4.3 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):

TAK

NIE

---

4.4 Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

TAK

NIE

---

4.5 Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym:

TAK

NIE

---

4.6 Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym:

TAK

NIE

Miejscowość:

Data wystawienia:

---

pieczęć numer i podpis  
lekarza wystawiającego zaświadczenie