

## 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 pieczętką)*

**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:

pieczętka, 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