

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

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

Moduł I Obszar C zadanie nr 5

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).	DYSFUNKCJA:		
1).2.	RĘKI / RĄK		
	☐ lewej ☐ prawej	☐	
1).2.	NOGI / NÓG		
	☐ lewej ☐ prawej	☐	
2).	INNE SCHORZENIE:		

* - należy pisać liczbę zaznaczonych pól w danym punkcie

Verte >

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