

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

| | | |
|--|--|---|
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego. | | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> |
| Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) | | |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg | |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk | |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki | |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcji obu rąk | |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcji obu nóg | |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja | |
| W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu) | | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | 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) | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej | |

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

(proszę zakreślić właściwe pola)

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