

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

....., dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(Lekarz specjalista – od narządu ruchu)

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

**- 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 pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	

**Prosimy o wypełnienie także drugiej strony**

Czy dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Czy Pacjent ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/przystawki lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (spowoduje wstrzymanie lub pogorszenie tego procesu)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/przystawki lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego wpłynie źle na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Czy u Pacjenta istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/przystawki lub napędu elektrycznego do wózka ręcznego	

**UWAGA!**

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem i pieczęcią osoby dokonującej skreśleń i poprawek.