

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

....., dnia
miejscowość data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: right;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<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 schorzenia:.....	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	<p><i>pieczętka, nr i podpis lekarza</i></p>
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	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)	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	