

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C5)
- **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**):

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie na zewnątrz, co wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych, wynikającej ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowej)		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu		
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	

....., dnia

(**miejsowość**)

(**data**)

.....
pieczętka, nr, i podpis lekarza