
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
obszar C zadanie 5

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista. Prosimy o czytelne wypełnienie.

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)

- ☐ Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg
- ☐ Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg
- ☐ Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk
- ☐ Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki
- ☐ Dysfunkcji obu rąk
- ☐ Dysfunkcji obu nóg
- ☐ Inne schorzenie: _____

W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)

Czy pacjent ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się ☐ Tak ☐ Nie

Czy zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu ☐ Tak ☐ Nie

Czy korzystanie przez pacjenta 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

Czy korzystanie przez pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn ☐ Tak ☐ Nie

Czy istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym ☐ Tak ☐ Nie

Data, pieczęć, numer i podpis lekarza _____