
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie
do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
obszar C zadanie 1

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista. Prosimy o czytelne wypełnienie.

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Opis dysfunkcji i charakterystyka schorzeń

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego ☐ Nie ☐ Tak

Znacznie obniżona sprawność ruchowa 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
- ☐ Inna dysfunkcja

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

Czy korzystanie przez pacjenta z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) ☐ Tak ☐ Nie

Czy korzystanie przez pacjenta z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn ☐ Tak ☐ Nie

Czy Istnieją u pacjenta 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 ☐ Nie

Czy zakres i rodzaj ograniczeń pacjenta stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu

☐ Tak ☐ Nie

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: (proszę zakreślić właściwe pole)

☐ **nie wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem,

☐ **wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem,

w tym:

☐ niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władczych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.

☐ urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)

☐ niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)

☐ specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków

☐ kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe

☐ zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)

☐ specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe) w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)

☐ inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie: _____

Data, pieczętka, numer i podpis lekarza _____