

 

***Załącznik– dotyczy formularzy wniosków – Moduł I Obszar C Zadanie nr 5***

.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **..............................,** dnia lub praktyki lekarskiej (data, i miejscowość)

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**  stwierdza się,   
   że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcja obu rąk | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcja obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenie:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy   w samodzielnym przemieszczaniu się:** | | Tak Nie | |
| Tak Nie | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się | |  |
| Tak Nie | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia  w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta | |  |
| Tak 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) | |  |
| Tak Nie | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego  o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie  na sprawność kończyn | |  |
| Tak Nie | Nie ma przeciwwskazań medycznych  do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym | |  |
| Tak Nie | Istnieją przeciwwskazania medyczne  do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym | |  |

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

(**miejscowość** ) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza