

.....  
Stempel podmiotu leczniczego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

Obszar C zadanie 5

**UWAGA:** zaświadczenie musi być wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby z niepełnosprawnością, której wniosek dotyczy, wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.

**Prosimy o czytelne wypełnienie, wyłącznie w języku polskim.**

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

lub, w przypadku braku PESEL, cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: .....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

1. stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie na zewnątrz

tak  nie

2. dysfunkcja, charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych wynika z (należy wymienić rodzaj schorzenia):

.....  
.....

Ocena zasadności wyposażenia Pacjenta w skuter o napędzie elektrycznym/oprzyszczanie elektryczne do wózka ręcznego	
Pacjent ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/oprzyszczania elektrycznego do wózka ręcznego 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 o napędzie elektrycznym/oprzyszczania elektrycznego do wózka ręcznego wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Są przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym/oprzyszczania elektrycznego do wózka ręcznego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

.....  
Data, pieczętka, numer i podpis lekarza

