

.....

Stempel podmiotu leczniczego

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

Obszar C zadanie 1

UWAGA: zaświadczenie musi być wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, 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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką)

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (należy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i jednej nogi	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcji obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Innej dysfunkcji, jakiej:	
W przypadku Pacjenta: (należy zaznaczyć właściwe pole <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)		
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja)	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Należy wypełnić również drugą stronę



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

<input type="checkbox"/>	NIE WYMAGA zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	WYMAGA zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	<i>niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała, jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.</i>
<input type="checkbox"/>	<i>urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe itp.)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków</i>
<input type="checkbox"/>	<i>kliny zapobiegające zsuwanie się pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe</i>
<input type="checkbox"/>	<i>zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:</i>

.....
Pieczętka, numer i podpis lekarza