

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu
„Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Numer PESEL
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole*)

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się

Tak Nie

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent nie ma możliwości 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 Pacjenta
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)