

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania:

TAK	NIE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inne :

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_i podpis lekarza