

.....  
 Stempel 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. PESEL Pacjenta: \_\_\_\_\_

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

**(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dysfunkcja ruchu charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie: <input type="checkbox"/> obu <input type="checkbox"/> jednej kończyn/y dolnych/ej - stan ten wynika ze schorzeń: <input type="checkbox"/> amputacja/e <input type="checkbox"/> porażenie mózgowe <input type="checkbox"/> choroby neuromięśniowe <input type="checkbox"/> inne, jakie: .....		pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pacjent ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętka, nr i podpis lekarza
<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	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym wpłynę niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<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	pieczętka, nr i podpis lekarza

Miejscowość: ....., dnia: .....

.....  
 pieczętka, nr i podpis lekarza