

.....
 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