

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

.....
(miejscowość i data)

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. Przedmiot wniosku: pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
4. Zaświadcza się że:
 - a) stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego:
 TAK i brak tej możliwości wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej (stan ten wynika ze schorzeń o różnej etiologii- m.in., amputacji, porażenia mózgowego, chorób neuromięśniowych)
 NIE
 - b) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
 TAK **NIE**
 - c) korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
 TAK **NIE**
 - d) istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)
 TAK **NIE**
 - e) zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej
 TAK **NIE**

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
pieczętka i podpis lekarza