

Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Obszar C Zadanie nr 5

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

....., dnia.....
(miejsowość)

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
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, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych, w tym znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych, w tym znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu kończyn górnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu kończyn dolnych - znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie kończyn dolnych polegająca na..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |

6. Ponadto, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent:

.....:

(imię i nazwisko)

| | |
|--|---------------------------------------|
| <p>proszę zakreślić właściwe pola</p> <p>1. może poruszać się na skuterze inwalidzkim o napędzie elektrycznym:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>lub (jedna opcja do wyboru)</p> <p>może poruszać się na wózku ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie ze skuterka inwalidzkiego napędzone elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. korzystanie ze skuterka inwalidzkiego napędzone elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym wpłyne niekorzystnie na sprawność kończyn</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>6. Przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skuterka inwalidzkiego napędzone elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p> | <p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p> |
|--|---------------------------------------|

Wyrażam zgodę na użytkowanie skuterka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym* przez Pacjenta (podać imię i nazwisko)

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić