

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia.....	

Ponadto twierdza się, że:	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym

....., dnia
miejsowość

.....
pieczętka, nr, podpis lekarza