

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C1)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.		Tak	Nie
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (<i>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</i>)			
	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza	
	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg		
	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk		
	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki		
	Dysfunkcji obu rąk		
	Dysfunkcji obu nóg		
	Inna dysfunkcja		
W przypadku Pacjenta: (<i>prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu</i>)			
Tak	Nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak	Nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak	Nie	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	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:
(proszę zakreślić właściwe pola)

	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoleżynowe, itp.)
	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie: