

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL

3. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy :

	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
	Dysfunkcja obu rąk	
	Dysfunkcja obu nóg	

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak	Nie
Tak	Nie		
	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się		
Tak	Nie		
	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta		
Tak	Nie		
	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)		
Tak	Nie		
	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn		
Tak	Nie		
	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym		
		pieczętka, nr i podpis lekarza	