

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

....., dnia ..... r.

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg.	Pieczeńka, 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 schorzenie: ..... .....	

<b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym poruszaniu się:</b>		<b>TAK <input type="checkbox"/></b>	<b>NIE <input type="checkbox"/></b>
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się.	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta.	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn.	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka z napędem elektrycznym.	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka z napędem elektrycznym.	
		Pieczętka, nr i podpis lekarza	