

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym poruszaniu się:		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
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	