

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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. Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz ze względu na znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych spowodowaną(stan ten może wynikać z różnej etnologii m.in. amputacji, porażenia mózgowego, choroby neuromięśniowe):

Pacjent ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
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 wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn. Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Przeciwwskazania medyczne do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka z napędem elektrycznym: <input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań	

....., dnia.....
miejsowość data

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę,

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku