

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

....., dnia .....

### 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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

**(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: .....	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: .....	

<b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym poruszaniu się:</b>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera lub wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Korzystanie ze skutera lub wózka o napędzie elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera lub wózka o napędzie elektrycznym	

\* Zaświadczenia wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta