Załącznik nr 2 do wniosku
Obszar C Zadanie nr 5

.....

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 pieczątką***):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: …..…….……..	
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: ……...	
☐	Inne schorzenia: ……..……..	

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym poruszaniu się:		☐ **TAK** ☐ **NIE**
☐ **TAK** ☐ **NIE**	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐ **TAK** ☐ **NIE**	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby z niepełnosprawnością,	
☐ **TAK** ☐ **NIE**	Korzystanie ze skutera lub wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),	
☐ **TAK** ☐ **NIE**	Korzystanie ze skutera lub wózka o napędzie elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,	
☐ **TAK** ☐ **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***