Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Zadanie C1 – pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

…… ……, dnia ……
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko pacjenta ……

2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego		☐ - tak ☐ - nie
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		
☐	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i nóg	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i jednej nogi	
☐	Dysfunkcji obu rąk	
☐	Dysfunkcji obu nóg	
☐	Inna dysfunkcja: …… …… …… ……	pieczątka, nr i podpis lekarza

W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola □ przy każdym stwierdzeniu)			
□ – tak	□ - nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
□ – tak	□ - nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
□ – tak	□ - nie	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
□ – tak	□ - nie	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	pieczątka, nr i podpis lekarza

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: (proszę zakreślić właściwe pola □)

☐	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
☐	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
☐	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
☐	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
☐	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
☐	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
☐	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
☐	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
☐	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
☐	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
☐	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie: …… …… ……

……, dnia …….. ……

(miejscowość) (data) pieczątka, nr i podpis lekarza