Załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
Moduł I Zadanie C5 – pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i jednej nogi	
☐	Dysfunkcja obu rąk	
☐	Dysfunkcja obu nóg	
☐	Inne schorzenie:	pieczątka, nr i podpis lekarza

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		**□ TAK □ NIE**
□ TAK □ NIE	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	
□ TAK □ NIE	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
□ TAK □ NIE	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 □ NIE	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
□ TAK □ NIE	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
□ TAK □ NIE	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczątka, nr i podpis lekarza

……, dnia ……

(miejscowość) (data)

……

pieczątka, nr i podpis lekarza