

.....

....., dnia

Pieczętka 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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

- niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu ruchu : tak ☐ nie ☐
zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....

- Pacjent ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: tak ☐ nie ☐

- zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu
Pacjenta: tak ☐ nie ☐

- korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym / wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym* jest
wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego
procesu): tak ☐ nie ☐

- korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym / wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym*
wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn: tak ☐ nie ☐

- nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym / wózka ręcznego
z oprzyrządowaniem elektrycznym*: tak ☐ nie ☐

....., dnia

.....

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić