*Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”*

***- Moduł I Obszar C Zadanie nr 5***

**……………………………………………**

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**  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 nogi i jednej ręki |  |
|  | Dysfunkcja obu rąk |  |
|  | Dysfunkcja obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenie:.................................................................... |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| Tak Nie | Istnieją przeciwwskazania medyczne  do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym | |  |

……………………………….. …………………………………………

Data pieczątka, nr i podpis lekarza