*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