.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

..... dnia .....

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. **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	
☐	Inne schorzenie, opisać jakie:…….…… …….…. ……..	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:	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	Tak ☐ Nie
Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym wpłynie korzystnie/niekorzystnie na sprawność kończyn	☐ korzystnie ☐ niekorzystnie

Istnieją przeciwskazania/Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	☐ istnieją przeciwskazania ☐ brak przeciwskazań

....., dnia ....

(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr_ i podpis lekarza

UWAGA:

Przez pojęcie **„dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się"** (w przypadku Obszaru C Zadanie 5) – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowe, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, iż:

1)osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,

2)zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,

3)korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),

4)korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,

5) nie ma przeciwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania