

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Przedmiot dofinansowania

- skuter inwalidzki elektryczny

- oprzyrządowanie elektryczne do
wózka inwalidzkiego

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Czy Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych?	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Czy istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania	pieczętka, nr i podpis lekarza