

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