

.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu
„Aktywny samorząd” (C5)
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Adres zamieszkania

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że **Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu wykluczającą samodzielne poruszanie się i przemieszczanie na zewnątrz: brak takiej możliwości wynika z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn dolnych.**

Stan ten wynika ze schorzeń (właściwe podkreślić):

- porażenia mózgowo,
- choroby neuromięśniowe,
- amputacje,
- inne (podać jakie):

.....
.....
.....

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

Proszę wypełnić drugą stronę

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym / wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	

Wyrażam zgodę na użytkowanie przez Pacjenta skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym:

Tak Nie

....., dnia

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

Uwaga: Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do Powiatu Jasielskiego / PCPR w Jaśle.