

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania:

| TAK | NIE | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja narządu ruchu |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inne : |

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza