

.....
Stempel 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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:**

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....

Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
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 z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent może poruszać i przemieszczać się samodzielnie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza

UWAGA!

1.O dofinansowanie do zakupu skutera o napędzie elektrycznym może ubiegać się osoba, której stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się, 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 mózgowie, choroby neuromięśniowe).

2.W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.

3.W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzać ten fakt czytelnym podpisem osoby dokonującej skreśleń i poprawek.