*Załącznik do formularza w ramach pilotażowego programu „ Aktywny Samorząd”*

**Moduł I Obszar C Zadanie nr 5**

Stempel zakładu opieki zdrowotnej ……............., dnia ……….…

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**w ydane do w niosku o dofinansow anie w ramach pilotażow ego programu „ Akt yw n y samorząd” ( C 5 )**

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

PESEL **          **

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza s ię, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy ( ***proszę zakreślić właściwe pole*  *oraz potwierdzić podpisem i pieczątką*** *):*

□

Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg

□

Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg

□

Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk

□

Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki

□

Dysfunkcja obu rąk

□

Dysfunkcja obu nóg

piec z ątk a, **nr**

i pod pis lek a rz a

Inne schorzenie: ………………………………………………….

□ ...................................................................................

………………………………………………………………………..

**Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:**

Tak □ Nie □

Tak □ Nie □

Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się

Tak □ Nie □

Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia

w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta

Tak □ Nie □

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 □ Nie □

Korzystanie ze skutera inwalidzkiego

o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie

na sprawność kończyn

Tak □ Nie □

Tak □ Nie □

Nie ma przeciwwskazań medycznych

do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym

Istnieją przeciwwskazania medyczne

do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym

piec z ątk a, **nr**

i pod pis lek a rz a