*Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd”*

***Moduł I Obszar C zadanie nr 1***

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

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)**

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

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

PESEL ****

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.

Tak □ Nie □

**Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy**: (***prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź***)

* Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg
* Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg
* Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk
* Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki pieczątka, **nr**
* Dysfunkcji obu rąk i podpis lekarza
* Dysfunkcji obu nóg
* Inna dysfunkcja

**W przypadku Pacjenta**: (***prosimy o zaznaczenie właściwego pola*  *przy każdym stwierdzeniu***)

Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane

Tak □ Nie □

Tak □ Nie □ Tak □ Nie □ Tak □ Nie □

z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)

Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

pieczątka, **nr**

i podpis lekarza

***Prosimy o wypełnienie także drugiej strony***

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

***(proszę zakreślić właściwe pola* )**

* + **nie wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
  + **wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
  + niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
  + urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
  + niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.)
  + specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
  + kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
  + zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
  + specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
  + w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)

inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera

* + i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie**: