

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania:
 Tak Nie
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn dolnych (Jaka?).....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka ręcznegoz oprzyrządowaniem elektrycznym nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia procesu rehabilitacji	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie może poruszać się skuterem inwalidzkim o napędzie elektrycznym / wózkiem ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza

* Niepotrzebne skreślić

** Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności.

..... dnia.....
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, podpis lekarza)