

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

Kielce, dn. ....

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane dla potrzeb programu „Aktywny samorząd” Moduł I, Obszar C, Zadanie 5

1. Imię i nazwisko Pacjenta ..... Data urodzenia .....

2. Możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania :

tak

nie

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zaznaczyć właściwe pole):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia : .....

4. Ponadto - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że (proszę zaznaczyć właściwe pole):

<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia procesu rehabilitacji
<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym
<input type="checkbox"/>	<b>Nie może</b> poruszać się skuterem inwalidzkim o napędzie elektrycznym / wózkiem ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym

.....dnia .....  
(miejsowość) (data)

.....  
(pieczęćka, podpis lekarza)

<sup>1</sup> Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę.