

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
PESEL:

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

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
☐	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	
☐	Inne schorzenie:.....	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się (C5):		Tak ☐ Nie ☐
Tak ☐ Nie ☐	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Tak ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystanie na sprawność kończyn	
Tak ☐ Nie ☐	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	