Załącznik nr 3 do wniosku

(Obszar C5)

…………………………………………

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

lub praktyki lekarskiej

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

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**  stwierdza się,   
   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 | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenie:....................................................... |  |

**Prosimy wypełnić drugą stronę zaświadczenia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 | Nie ma przeciwwskazań medycznych  do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| Tak Nie | Istnieją przeciwwskazania medyczne  do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym |  |