

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

DLA OSÓB Z DYSFUNKCJĄ OBU KOŃCZYN GÓRNYCH

Wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....
.....
4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że pacjent posiada niepełnosprawność:

DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU W/W POWODUJĄCA PROBLEMY W SAMODZIELNYM PRZEMIESZCZANIU SIĘ powoduje następujące ograniczenia w/w:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz
- ☐ zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych w/w stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym jej funkcjonowaniu
- ☐ korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- ☐ korzystanie z przedmiotu dofinansowanie nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
- ☐ nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania – zgoda lekarza na używanie skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty

Pouczenie: zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż na 120 dni przed dniem złożenia wniosku