

.....  
**Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej**

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie : .....	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>

<b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:</b>		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka ręcznego z napędem elektrycznym	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka ręcznego z napędem elektrycznym	<u>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</u>

....., dnia .....,  
 (miejsowość) (data) pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty  
 o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności