

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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**) :

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (<b>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</b>)</b>		
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg		pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg		pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk		pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki		pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Dysfunkcji obu rąk		pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Dysfunkcji obu nóg		pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty

<input type="checkbox"/>	Innej dysfunkcji : .....	
	.....	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>
<b>W przypadku pacjenta : (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input checked="" type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)</b>		
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzających zagrożenie w użytkowaniu wózka)	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu :

**(prosimy o zaznaczenie właściwego pola )**

<input type="checkbox"/>	nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem	
		<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem w tym :	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiającego prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)	<b>pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty</b>

**Prosimy także o wypełnienie drugiej strony zaświadczenia**

<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodrażynowe itp.	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane ( w tym elektryczne i różnych płaszczyznach) : podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinanie na biodrach, czteropunktowe)	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenie joysticka wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), <b>jakie</b> : ..... ..... ..... ..... .....	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty

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