

## ZAŚWIADCZENIE LEKARZA SPECJALISTY – dot. zakupu skutera

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....
- .....

4. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że Pacjent (proszę zakreślić właściwe pola  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	posiada jednoczesną dysfunkcję obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	posiada dysfunkcję obu kończyn dolnych
Pacjent samodzielnie porusza się i przemieszcza się <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak       nie

**Przeciwwskazania medyczne** do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym:

.....  
.....

**brak przeciwwskazań medycznych**

Pacjent może poruszać się na skuterze inwalidzkim o napędzie elektrycznym

tak       nie

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

### **UWAGA!**

O dofinansowanie do zakupu skutera o napędzie elektrycznym może ubiegać się osoba, której stan zdrowia oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się, przemieszczanie się na zewnątrz: brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych: stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii ( m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe).

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę!**

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

.....,  
dnia

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE – dot. zakupu oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego**

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....

.....

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

<input type="checkbox"/>	posiada jednoczesną dysfunkcję obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
<input type="checkbox"/>	posiada dysfunkcję obu kończyn dolnych
Pacjent samodzielnie porusza się i przemieszcza się <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

Korzystanie z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji i nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu

tak       nie

Korzystanie z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

tak       nie

**Przeciwwskazania medyczne** do korzystania z oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego:

.....  
.....

. Pacjent może poruszać się na wózku ręcznym z oprzyrządowaniem elektrycznym

tak       nie

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

**Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę!**