

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

....., **dnia**

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o pomoc 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 pieczętką**):

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg<br><input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg<br><input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk<br><input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki<br><input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu rąk<br><input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu nóg<br><input type="checkbox"/> Inne schorzenie: ..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:</b>  |                                |
| <input type="checkbox"/> Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta  | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> 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)   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   | pieczętka, nr i podpis lekarza |