

.....  
Pieczęć 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. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Numer PESEL .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole* )

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie: .....

<p><b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></b></p>	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	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)
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym

.....  
 (miejsowość i data)

.....  
 (pieczętka, nr i podpis lekarza)