

C5

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

.....,
data

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. Zakres dysfunkcji **narządu ruchu** pacjenta (opis):
-
-
-
-
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
-
-
-
-
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja czterokończynowa	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk i jednej nogi	pieczętą, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja jednej ręki i jednej nogi	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak jednej kończyny górnej na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak jednej kończyny dolnej na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia, których następstwem jest dysfunkcja narządu ruchu:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

Pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach Modułu I Obszar C Zadanie 5 tj. pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadczyć się, że:

(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<p>1. Pacjent może poruszać się samodzielnie na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Korzystanie ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Przeciwwskazania do korzystania ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (np. utraty przytomności, epilepsja):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	<p><i>data, nr, pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</i></p>
--	---

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)

