

**Załącznik nr 1 do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”
MODUŁ I Obszar C Zadanie 5**

Miejscowość, dnia

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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:**

<input type="checkbox"/> Jednocześnie dysfunkcja obu rąk i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednocześnie dysfunkcja jednej ręki i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednocześnie dysfunkcja jednej nogi i obu rąk <input type="checkbox"/> Jednocześnie dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu rąk <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu nóg <input type="checkbox"/> Inne schorzenia.....	Pieczętka, nr i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:	
<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.	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania eklektycznego wózka ręcznego jest wskazane z punktu procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia stanu zdrowia).	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania eklektycznego wózka ręcznego nie wpłynie nie korzystnie 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 lub oprzyrządowania eklektycznego wózka ręcznego.	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania eklektycznego wózka ręcznego.	Pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

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