

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C5)  
- *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*):

Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu nóg Jaka?: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
---	--	-----------------------------------

<b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się na zewnątrz:</b>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętka, nr i podpis lekarza

<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--	--	---

<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--	--	---

<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--	---	---

<p>Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/></p>	<p>Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym (jakie?).....</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--	---	---

....., dnia .....20.....r.

.....

(miejsowość )

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza