

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, co następuje:**  
 (**proszę zakreślić  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie i przemieszczanie przy pomocy ręcznego się wózka inwalidzkiego.	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy <u>jednoczesnej</u> dysfunkcji;</b>			
<input type="checkbox"/>	obu kończyn dolnych		Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednej kończyny dolnej		
<b>oraz</b>			
<input type="checkbox"/>	obu kończyn górnych		
<input type="checkbox"/>	jednej kończyny górnej		
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie.....		
<b>W przypadku Pacjenta: (<b>prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu</b>)</b>			
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

**Prosimy o wypełnienie także drugiej strony**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:**

**(proszę zakreślić właściwe pola ):**

<input type="checkbox"/>	<b>nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem
<input type="checkbox"/>	<b>wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe, itp.)
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), <b>jakie:</b> .....

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

(miejscowość )

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza