

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**

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu:

(proszę zakreślić oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	wyklucza możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania <u>przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego</u>	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	wyklucza możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania na zewnątrz	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	charakteryzuje się znacznie obniżoną sprawnością ruchową kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	stanowi poważne utrudnienie w jego samodzielnym funkcjonowaniu	pieczętą, nr i podpis lekarza

Korzystanie ze skutera elektrycznego*/ oprzyrządowania elektrycznego wózka*

<input type="checkbox"/>	jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera elektrycznego*/ oprzyrządowania elektrycznego wózka*	pieczętą, nr i podpis lekarza

....., dnia
miejsowość data

Uwaga: Zaświadczenie ważne 120 dni od daty wystawienia
*niepotrzebne skreślić