

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny  
samorząd” (C5)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

PESEL

2. 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"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		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	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	
Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	

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

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza

### **UWAGA:**

Przez pojęcie „**dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się**” (w przypadku Obszaru C Zadanie 5) – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, iż:

- 1) osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
- 2) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
- 3) korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- 4) korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,