

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej

..... **dnia**

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- **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**):

| | | |
|---|---|---|
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego | | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> |
| Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) | | |
| <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"/> | Inna dysfunkcja – opisać jaka:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inna dysfunkcja – opisać jaka:..... | |

| W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu) | | |
|--|--|--------------------------------|
| 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) | |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej | |

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: **(proszę zakreślić właściwe pola)**

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem |
| <input type="checkbox"/> | wymaga 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"/> | zagiętek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U) |
| <input type="checkbox"/> | specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe) |
| <input type="checkbox"/> | w 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), jakie: |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza