

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – obszar C zadanie 5

.....
Stempel 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**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą:**

TAK	NIE		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stan zdrowia osoby oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz i wynika 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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczenia się	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn odp. „TAK” - Nie będzie miało negatywnego wpływu odp. „NIE” - Będzie miało negatywny wpływ	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego odp. „TAK” - Nie ma przeciwwskazań odp. „NIE” - istnieją przeciwwskazania	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Czy schorzenie/niepełnosprawność ma charakter stały/czasowy (proszę uzupełnić słownie):

....., dnia
 (miejscowość) (data) pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności!
 wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku