

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej .....dnia .....r.

### 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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):.....  
.....
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczna i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....  
.....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i jednej kończyny dolnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się: .....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia: ..... .....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

6. Ponadto na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

<p>1. Pacjent <b>może</b> poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie <b>ręcznym</b>:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>tak</b>    <input type="checkbox"/> <b>nie</b></p> <p>2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest <b>niewskazane</b>, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>tak</b>    <input type="checkbox"/> <b>nie</b></p> <p>3. <b>Przeciwwskazania</b> do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja):.....</p> <p>.....</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <b>brak przeciwwskazań</b></p>	<p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
--	---

**Dotyczy wyłącznie wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie kwoty dofinansowania na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:

<input type="checkbox"/>	Niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władczych 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, przeciwodrażynowe, 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), jakie:

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