

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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: ( <i>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</i> )	
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/> Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/> Dysfunkcji obu rąk	
<input type="checkbox"/> Dysfunkcji obu nóg	
<input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta: ( <i>prosimy o zaznaczenie właściwego pola</i> <input type="checkbox"/> <i>przy każdym stwierdzeniu</i> )	
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),
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, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka),	Pieczętka, nr i podpis lekarza
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, przeciwodleżynowe, 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"/>	zagięty 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:

.....  
Pieczętka, nr i podpis lekarza