

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

....., dnia

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 ortopedyczne 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 dolnej i obu kończyn górnych | pieczętąka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | 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 (**pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru C programu**) - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

| | |
|---|---------------------------------------|
| <p>proszę zakreślić właściwe pola</p> <p>1. Pacjent może samodzielnie poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest niewskazane, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja): <input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p> <p>4. Czy są przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym typu skuter? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli tak, to jakie:</p> <p>5. Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> | pieczętka, nr i podpis lekarza |
|---|---------------------------------------|

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:

(proszę zakreślić właściwe pola)

| | |
|--------------------------|---|
| <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"/> | 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