

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 .....

PESEL .....

2. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy  
**(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg         |  |
| <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"/> | Inne schorzenie, jakie:                          |  |

pieczętka, nr  
i podpis lekarza

**Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy  
w samodzielnym przemieszczaniu się:**

|   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się   | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta  |                                   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |                                   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn   |                                   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   |                                   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> | Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym   |                                   |

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

(miejscowość) (data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza