

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Adres Pacjenta.....

3. PESEL

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:(prosimy zaznaczyć tylko jedna odpowiedź)		
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i nóg	Pieczątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu rąk	
<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 : (prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)		
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	Pieczątką, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	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)	
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: (proszę właściwie zaznaczyć)

<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 własnych części ciała jak np. ręka , palce, broda, stopy, wargi lub wdech czy wydech powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	Urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobą towarzyszącą (hamulec, sterowniki itp.)
<input type="checkbox"/>	Niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe 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"/>	Zaglówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	Specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodra)
<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: