

.....  
**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. Stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz.

tak  nie

5. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się.

tak  nie

6. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.

tak  nie

7. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

tak  nie

8. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowaniu elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn.

tak  nie

9. Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (przeciwwskazania np. utraty przytomności, epilepsja).

tak  nie

10. Przeciwwskazania:

.....  
.....  
.....

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza