

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

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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.
- wyklucza  nie wyklucza
5. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się.
- ma możliwość  nie ma możliwości
6. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.
- stanowią  nie stanowią
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.
- wpłynie  nie wpłynie
9. Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (przeciwwskazania np. utraty przytomności, epilepsja).
- są przeciwwskazania  nie ma przeciwwskazań
10. Przeciwwskazania:
- .....
- .....
- .....

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarza