

Załącznik nr 3do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – **Moduł I Obszar C Zadanie 5**Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

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

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie na zewnątrz.	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pieczętą, nr i podpis lekarza
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta wynika z: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)		
Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	<input type="checkbox"/>	pieczętą, nr i podpis lekarza
Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	<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"/>	
Innych schorzeń (jakich?)	<input type="checkbox"/>	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

Załącznik nr 3do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – **Moduł I Obszar C Zadanie 5**

W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)		
Brak jest możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się Pacjenta	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
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"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
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"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	<input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	<input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza