

**Załącznik nr 3**do wniosku w ramach 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 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
<b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta wynika z:</b> ( <b>prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź</b> )		
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 3**do wniosku w ramach 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