

.....  
Pieczętka 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. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania:

TAK	NIE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brak możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inne : .....