

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb PCPR w Lipnie - 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 lub badania** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole | oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	

6. Ponadto (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach Obszaru C Zadanie 5 programu)

- na podstawie zgromadzonej dokumentacji lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym ruszaniu się	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p style="text-align: center;"><i>proszę zakreślić właściwe pola</i></p> <p>1. Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. 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): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>6. Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: right;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

....., dnia

(miejsceowość)

(data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie