

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb PCPR w Lipnie - program „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):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	
☐	Dysfunkcja obu rąk	
☐	Dysfunkcja obu nóg	
☐	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	☐ tak ☐ nie
<i>proszę zakreślić właściwe pola</i> 1. Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: ☐ tak ☐ nie 2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta: ☐ tak ☐ nie 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): ☐ tak ☐ nie 4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn: ☐ tak ☐ nie 5. Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: ☐ tak ☐ nie 6. Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: ☐ tak ☐ nie	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

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