

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**ZGODA LEKARZA SPECJALISTY NA UŻYTKOWANIE SKUTERA O NAPĘDZIE ELEKTRYCZNYM**  
**LUB WÓZKA RĘCZNEGO Z OPRZYRZĄDOWANIEM ELEKTRYCZNYM**

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności  
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię .....

2. Nazwisko .....

3. Pesel .....

4. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

TAK

NIE

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

6. Osoba niepełnosprawna **nie ma** możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się  TAK  NIE
7. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, **stanowią poważne utrudnienia** w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej  TAK  NIE
8. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania **jest wskazane** z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)  TAK  NIE
9. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania **nie wpłynie** niekorzystnie na sprawność kończyn  TAK  NIE
10. **Nie ma** przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania  TAK  NIE

....., dnia .....,  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczęćka, nr i podpis lekarza)