

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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:

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta powinna obejmować co najmniej jedną kończynę dolną i górną <i>(prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)</i>	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg
<input type="checkbox"/>	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"/>	Dysfunkcja obu rąk
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg

<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja:

W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu)	
Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (czy nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłyne niekorzystnie na sprawność kończyn.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: (proszę zakreślić właściwe pola)	
<input type="checkbox"/>	Nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem.
<input type="checkbox"/>	Wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:
<input type="checkbox"/>	• niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władczych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.
<input type="checkbox"/>	• urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)
<input type="checkbox"/>	• niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodrażniowe itp.)
<input type="checkbox"/>	• specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków
<input type="checkbox"/>	• kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe
<input type="checkbox"/>	• zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)
<input type="checkbox"/>	• specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)
<input type="checkbox"/>	• w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)
<input type="checkbox"/>	• inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:

....., dnia,
(miejscowość) (data)

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