

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - 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 |
|--|---|
| <i>proszę zakreślić właściwe pola</i> | |
| 1. Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |
| 2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | |
| 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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia

(miejscowość)

(data)

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