

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - 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 zakresie:
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że
niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić
podpisem i pieczętą):

☐	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcji obu rąk	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcji obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza

-verte-

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