 **Załącznik nr 12**

**program „Aktywny samorząd”**

**Moduł I Obszar C Zadanie 1**

…………………………………………………

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd"   
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta …………………………………………………………………

2. PESEL □□□□□□□□□□□

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**  stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego. | | | | Tak  Nie  |
| **Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy**: (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) | | | | |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg | | | Pieczątka  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg | | |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk | | |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki | | |
|  | Dysfunkcji obu rąk | | |
|  | Dysfunkcji obu nóg | | |
|  | Inna dysfunkcja | | |
| **W przypadku Pacjenta:** (proszę o zaznaczenie właściwego pola przy każdym stwierdzeniu) | | | | |
| Tak  Nie  | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) | | | Pieczątka  i podpis lekarza |
| Tak  Nie  | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn | | |
| Tak  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) | | |
| Tak  Nie  | Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie  w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej | | |
|  | |  |  | |

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne,stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu: ***(proszę zakreślić właściwe pola*)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem |
|  | **wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym: |
|  | niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu  i wydechu powietrza itp. |
|  | urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.) |
|  | niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.) |
|  | specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków |
|  | kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe |
|  | zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U) |
|  | specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe) |
|  | w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta) |
|  | inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie**: |

……………………….…, dnia ………………….. …………………………

miejscowość pieczątka i podpis lekarza specjalisty