**Załącznik nr 14**

**program „Aktywny samorząd"**

**Moduł I Obszar C Zadanie nr 5**

…………………………………………………

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 □□□□□□□□□□□
3. Na podstawie dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg   Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg   Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk   Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki   Dysfunkcja obu rąk   Dysfunkcja obu nóg   Inne schorzenie:…………………………………………… | | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|
| **Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy/trudności w samodzielnym poruszaniu się i przemieszczaniu się na zewnątrz** | | |
|  | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Korzystanie ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Nie ma przeciwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Istnieją przeciwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera o napędzie elektrycznym/wózka ręcznego z napędem elektrycznym | pieczątka, nr i podpis lekarza |

……………………, dnia ………………….. …………………………….

Miejscowość pieczątka i podpis lekarza specjalisty