

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego w ramach programu „Aktywny samorząd”

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że*:

a) Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

☐ tak ☐ nie

b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu:

☐ tak ☐ nie

c) korzystanie przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

☐ tak ☐ nie

d) korzystanie przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

☐ tak ☐ nie

e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania:

☐ tak ☐ nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)

* w pkt od a do e należy zaznaczyć właściwe znakiem x