

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C1)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

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

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

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

**(proszę zakreślić właściwe pola)**

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

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty