

.....  
**Pieczętka** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C5)  
- *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 zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

|                          |                                              |                                   |
|--------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg     | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Dysfunkcja obu nóg                           |                                   |
| <input type="checkbox"/> | Inne<br>schorzenie:.....                     |                                   |

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza

| <b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy<br/>w samodzielnym przemieszczaniu się:</b> |                                                                                                                                                        | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                          | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się                                                                           | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza                         |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                          | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta                                      |                                                           |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                          | Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |                                                           |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                          | Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn                                                                 |                                                           |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>                                          | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym /wózka z napędem elektrycznym          |                                                           |

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza