

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE¹

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia:

.....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu kończyn dolnych	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:	pieczęć, nr i podpis lekarza

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do MOPS w Rzeszowie

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

pieczętka, nr i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do MOPS w Rzeszowie