

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

.....dnia.....

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

2. PESEL

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

| | | |
|---|---|---|
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego. | | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> |
| Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy o wskazanie tylko jednej odpowiedzi) | | |
| <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu rąk <input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu nóg <input type="checkbox"/> Inne schorzenie:..... | | pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty |
| W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu) | | |
| 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 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

4. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruch: (proszę zakreślić właściwe pola)

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | nie wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem |
| <input type="checkbox"/> | wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym: |
| <input type="checkbox"/> | niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych 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, przeciwodrażynowe, 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"/> | zagłówek 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), jakie: |

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