

.....
Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane dla potrzeb PCPR w Żninie – dot. pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL:

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):.....
.....
.....

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

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu rąk	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja obu nóg	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

6. Ponadto:

- (pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach: Obszaru C Zadanie 5 programu)
- na podstawie zgromadzonej dokumentacji lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

Opis schorzenia potwierdzającego dysfunkcję narządu ruchu: -dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym poruszaniu się i przemieszczaniu się:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p style="text-align: center;"><i>proszę zakreślić właściwe pola</i></p> <p>1. Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>6. Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

.....dnia.....
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie