

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY *

(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd” Zad. C5)

Imię i nazwisko Pacjenta

Data Urodzenia PESEL

Miejsce zamieszkania
(nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że:

<input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się. pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej. pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji - nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu. pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Korzystanie przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn. pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka inwalidzkiego ręcznego. pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym. pieczętka, nr i podpis lekarza

2. Ponadto stwierdzam, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

- Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg
- Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki obu nóg
- Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk
- Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki
- Dysfunkcja obu rąk
- Dysfunkcja obu nóg

-inne schorzenie:

.....
pieczętka nr i podpis lekarza.

*należy wpisać znak X w odpowiednie pola oraz potwierdzić podpisem i pieczętką