.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **.............................., dnia**

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE 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. 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** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

***Str. 2*** *załącznika nr 3a do formularza wniosku – dotyczy formularzy wniosków –* ***Moduł I Obszar C Zadanie nr 1***

6.  Ponadto (***pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach obszaru
C programu***) **- na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że:

|  |  |
| --- | --- |
| ***proszę zakreślić właściwe pola***1. Pacjent **może** poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie **ręcznym**: **□ tak □ nie** 2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest **niewskazane**, gdyż może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn górnych: **□ tak □ nie** 3. **Przeciwwskazania** do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja): ….………………………….................................................................. ...................................................................................................... **□ brak przeciwwskazań** 4. Czy są **przeciwwskazania** do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym typu **skuter? □ tak □ nie** **Jeśli tak, to jakie:** ……………………………………………………………………….........1. Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej: **□ tak □ nie**
 | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o zwiększenie kwoty dofinansowania
na zakup wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne,**stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:

***(proszę zakreślić  właściwe pola*****)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp. |
|  | urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.) |
|  | niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwodleżynowe, itp.) |
|  | specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków  |
|  | **kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe**  |
|  | zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)  |
|  | **specjalne pasy bezpieczeństwa (np.** dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe) |
|  | taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)  |
|  | **inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające** podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), **jakie**: |

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

 (**miejscowość** ) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty