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

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**   
**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)**

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

PESEL

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego. | | Tak Nie | |
| **Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy**: (***prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź***) | | |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcji obu rąk | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Dysfunkcji obu nóg | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inna dysfunkcja | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| **W przypadku Pacjenta**: (***prosimy o zaznaczenie właściwego pola*  *przy każdym stwierdzeniu***) | | |
| Tak Nie | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |  |
| Tak Nie | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn |  |
| Tak Nie | 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 Nie | Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej |  |

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne,stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | **nie wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem |
|  | **wymaga** zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym: |
|  | 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) |
|  | w 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