

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

.....  
( miejscowość )                      ( data )

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------	-----------------------	--------------------------------

Str. 2 Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” –

**Obszar C Zadanie 5**

6. Ponadto - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

**Proszę zakreślić właściwe pola**

1. Osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się:

**tak**                       **nie**

2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej:

**tak**                       **nie**

3. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):

**tak**                       **nie**

4. Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:

**tak**                       **nie**

5. Brak przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym\*:

**tak**                       **nie**

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

(miejscowość )

(data)

.....

( pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty )

\* odpowiednie podkreślić