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

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 2a 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

***Str. 3*** *załącznika nr 2a do formularza wniosku – dotyczy formularzy wniosków –* ***Moduł I Obszar C Zadanie nr 3 i 4***

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacja w zakresie ręki | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja na poziomie podudzia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka:  ............................................................................................................................................................................................ | | |
| **Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilnyniestabilny  **Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:  ............................................................................................................................................................................................ | | |

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

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