

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - programu „Aktywny samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL _ _ _ _ _

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

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	Pieczętka, nr i podpis lekarza
☐ Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
☐ Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
☐ Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
☐ Dysfunkcji obu rąk	
☐ Dysfunkcji obu nóg	
☐ Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta prosimy o zaznaczenie właściwego pola ☐ przy każdym stwierdzeniu	
Tak ☐ Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane Nie ☐ z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie Nie ☐ niekorzystnie na sprawność kończyn	
Tak ☐ Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie Nie ☐ elektrycznym (np. utrata przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka)	
Tak ☐ Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie Nie ☐ w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

4. 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, przeciwoleżynowe, 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)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie