

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

....., dnia

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta**  
 wydane dla potrzeb MOPS - pilotażowego 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 pieczętką*):

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

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

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

(miejscowość)

(data)

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