*Załącznik nr 30 do Zarządzenia nr 12.2019*

 *Dyrektora PCPR w Olkuszu z dnia 26.03.2019r.
 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

 *Moduł I. Obszar C. Zadanie 5*

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

 lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C5)

- 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 pieczątką) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg** | **pieczątka , nr i podpis lekarza** |
|  | **Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu rąk** |
|  | **Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk** |
|  | **Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki** |
|  | **Dysfunkcja obu rąk** |
|  | **Dysfunkcja obu nóg** |
|  | **Inne schorzenie:……………………………………………………** |

**STRONA nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się** | Tak Nie  |
| Tak Nie  | Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się | **pieczątka , nr i podpis lekarza** |
| Tak Nie  | Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta |
| Tak  Nie  | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) |
| Tak Nie  | Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn, |
| Tak  Nie  | Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym |
| Tak Nie  | Istnieją przeciwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ wózka z napędem elektrycznym |

Ewentualne uwagi : ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Miejscowość: …………………………… data ………………

**STRONA nr 2**