

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(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):

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu rąk i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej ręki i obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i obu rąk	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej nogi i jednej ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja obu rąk	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Dysfunkcja obu nóg	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenie:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta powoduje problemy w samodzielnym przemieszczaniu się:		Tak ☐ Nie ☐
Tak ☐ Nie ☐	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	pieczętka, nr i podpis lekarza
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)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza
Tak ☐ Nie ☐	Istnieją przeciwwskazania medyczne do korzystania przez Pacjenta ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/wózka z napędem elektrycznym	pieczętka, nr i podpis lekarza

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....

5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym Zakresie

.....

....., dnia

(miejscowość)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza