

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1/ Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2/ Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):.....

3/ Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne
potrzeby w tym zakresie:

4/ Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym lub skutera jest niewskazane, gdyż może spowodować
wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji lub wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn
górnych:

☐ tak

☐ nie

5/ Występują przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym czy skutera
np. utraty przytomności, epilepsja:

☐ tak

☐ nie

....., dnia

.....
miejscowość

.....
data

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza