

.....  
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 .....

miejsowość

data

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarza