**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **……............., dnia ……….…**

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**
**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (C1)**

 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……........................................................................................

 PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**  stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

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

***Prosimy o wypełnienie także drugiej strony***

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne,stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

***(proszę zakreślić  właściwe pola*****)**

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