

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

..... , dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

Zamieszkała/y

(kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

2. PESEL

3. **Pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach Modułu I Obszar B Zadanie 1, 3 i 4 - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadczyć się, że:**

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<p>Narząd wzroku</p>	<p>Pacjent ma zwężone pole widzenia:</p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym do:stopni <input type="checkbox"/> w oku lewym do:stopni</p> <p>Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (po korekcji):</p> <p><input type="checkbox"/> w oku lewym do: <input type="checkbox"/> w oku lewym do:</p> <p><u>Pacjent jest osobą niewidomą (należy przez to rozumieć):</u></p> <p>a. osobę niepełnosprawną, której ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0,05 wg skali Snellena lub osobę z ograniczonym wolem widzenia do 20 stopni niezależnie od zachowanej ostrości wzroku)</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>b. Osobę niepełnosprawną w wieku do 16roku życia której ostrość wzroku oka lepszego po korekcji szklami nie przekracza 0,1 wg skali Snellena lub osobę z ograniczonym wolem widzenia do 30 stopni niezależnie od zachowanej ostrości wzroku)</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>data, nr , pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</p>
<p>Narząd słuchu</p>	<p>Pacjent z ubytkiem słuchu na poziomie:</p> <p><input type="checkbox"/> dotyczy jednego ucha: lewe ucho decybeli prawe ucho decybeli</p> <p><input type="checkbox"/> dotyczy obu uszu: lewe ucho decybeli prawe ucho decybeli</p> <p><u>Pacjent jest osobą głuchą (należy przez to rozumieć): osobę niepełnosprawną z ubytkiem słuchu powyżej 70 decybeli (dB):</u></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>data, nr , pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</p>

Narząd wzroku i słuchu	<u>Pacjent jest osobą głuchoniewidomą (należy przez to rozumieć): osobę niepełnosprawną, która na skutek równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku napotyka duże trudności w wymianie informacji oraz w komunikowaniu się):</u> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<i>data, nr , pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</i>
Narząd ruchu	<u>Pacjent jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim:</u> <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <u>Pacjent jest osobą niepełnosprawną , z dysfunkcją:</u> <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> Braku obu kończyn górnych, na wysokości/od <input type="checkbox"/> Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	<i>data, nr , pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</i>

4. **Pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach Modułu I Obszar C Zadanie 3 i 4 - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadczyć się, że:**

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

Narząd ruchu	Niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: <input type="checkbox"/> amputacja w zakresie ręki <input type="checkbox"/> amputacja w zakresie przedramienia <input type="checkbox"/> amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym <input type="checkbox"/> amputacja na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	<i>data, nr , pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</i>
	Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne.....	<i>data, nr , pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</i>

5. Pole obowiązkowe w przypadku Pacjenta ubiegającego się o dofinansowanie w ramach Modułu I
Obszar C Zadanie 5 - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadczyć się, że:
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

<p>1. Pacjent może poruszać się samodzielnie na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>2. Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>3. Korzystanie ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>4. Korzystanie ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p>5. Przeciwwskazania do korzystania ze skutera elektrycznego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego (np. utraty przytomności, epilepsja):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań</p>	<p style="text-align: right;"><i>data, nr , pieczętka, i podpis lekarza specjalisty</i></p>
---	--

....., dnia

(miejsowość)
(data)
(pieczętka, nr i podpis lekarza)