



MODUŁ I Obszar C Zadanie 1

Stempel zakładu opieki zdrowotnej /praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....

.....

.....

Pacjent wymaga (*proszę właściwie zaznaczyć znakiem **X**):

pomocy w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym -

Obszar C, Zadanie 1 (wyposażony w napęd elektryczny i akumulatory, przeznaczony do przemieszczania się głównie wewnątrz, ale także na zewnątrz pomieszczeń, wraz z wyposażeniem, także dodatkowym)

Dysfunkcja narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego (brak tej możliwości wynika ze znacznie obniżonej sprawności ruchowej w zakresie co najmniej jednej kończyny dolnej i górnej)

tak ☐ *

nie ☐ *

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....

.....

.....

Dodatkowe informacje dotyczące dysfunkcji:

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Ponadto stwierdza się, że:

1. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu) tak ☐* nie ☐* 2. Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłyne niekorzystnie na sprawność kończyn tak ☐* nie ☐* 3. Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (<i>np. utrata przytomności, epilepsja</i>) tak ☐* nie ☐* 4. Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej *tak ☐* nie ☐*	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
--	---

UWAGA! W przypadku wniosku o dofinansowanie w Obszarze C Zadanie 1, dodatkowo obowiązuje wypełnienie przez lekarza specjalistę 3 strony wniosku .

Dodatkowe informacje dot. pomocy w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym – Obszar C Zadanie 1

Pacjent (imię i nazwisko):..... 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 własných 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, przeciwoślężynowe, 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:

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty