

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MCPR w Zamościu celem ubiegania się o dofinansowanie PFRON
zakupu skutera lub przystawki elektrycznej

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych/górnych, na wysokości/od:	
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn dolnych/górnych, objawiający się:.....	
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenie:.....	

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, stanu zdrowia oraz poziomu dysfunkcji narządu ruchu, oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w postaci użytkownika **skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszyrowania elektrycznego do wózka ręcznego*** stwierdza się, że:

1	Pacjent ma możliwość samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	tak/nie*
2	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	tak/nie*
3	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszyrowania elektrycznego do wózka ręcznego* jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	tak/nie*
4	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszyrowania elektrycznego do wózka ręcznego* wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	tak/nie*
5	Brak przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/oprzyszyrowania elektrycznego do wózka ręcznego*	tak/nie*

.....
Data, podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

*niepotrzebne skreślić