

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA¹

dot. użytkowania skutera o napędzie elektrycznym lub wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym (C5)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim -

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

skuter o napędzie elektrycznym oprzyrządowanie elektryczne do wózka ręcznego

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się:

Poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie na zewnątrz	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Pacjent posiada znacznie obniżoną sprawność ruchową w zakresie obu kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	<input type="checkbox"/> ma możliwość <input type="checkbox"/> nie ma możliwości
Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu Pacjenta	<input type="checkbox"/> stanowią <input type="checkbox"/> nie stanowią
Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	<input type="checkbox"/> wskazane <input type="checkbox"/> nie wskazane
Korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,	<input type="checkbox"/> wpłynie <input type="checkbox"/> nie wpłynie
Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania przez Pacjenta z przedmiotu dofinansowania	<input type="checkbox"/> są przeciwwskazania <input type="checkbox"/> nie ma przeciwwskazań

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza

¹ Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.