

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

.....dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elblągu
– dotyczy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych **w ramach obszaru C, Zadnie 5** - pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o
napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego

1. Imię i nazwisko Pacjenta:.....

2. PESEL:.....

3. Informacja o stanie zdrowia:	
Choroba zasadnicza: pieczęćka, nr i podpis lekarza
a) Niepełnosprawność ruchowa dotyczy: <input type="checkbox"/> dysfunkcja jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn dolnych W zakresie :..... <input type="checkbox"/> inne (jakie):..... pieczęćka, nr i podpis lekarza
b) Występująca dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń: <input type="checkbox"/> neurologicznych (10-N) <input type="checkbox"/> całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C) <input type="checkbox"/> innych (jakich)..... pieczęćka, nr i podpis lekarza

4. Ocena zasadności wyposażenia osoby niepełnosprawnej w skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego:	
<p>a) Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>b) Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych pacjenta stanowi poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu,:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>c) Korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji,:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>d) Korzystanie z przedmiotu dofinansowania może spowodować wstrzymanie lub pogorszenie procesu rehabilitacji:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>e) Korzystanie z przedmiotu dofinansowania wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
<p>f) <input type="checkbox"/> nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania</p> <p>g) <input type="checkbox"/> występują przeciwwskazania medyczne do korzystania z przedmiotu dofinansowania (jakie):</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">pieczętka, nr i podpis lekarza</p>

.....
(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)