

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

**dnia** .....

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

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

|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego. | Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  |                                   |
| <b>Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)</b>   |  |                                   |
| <input type="checkbox"/>   | Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg  | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/>   | Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg  |                                   |
| <input type="checkbox"/>   | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk  |                                   |
| <input type="checkbox"/>   | Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki  |                                   |
| <input type="checkbox"/>   | Dysfunkcji obu rąk   |                                   |
| <input type="checkbox"/>   | Dysfunkcji obu nóg   |                                   |
| <input type="checkbox"/>   | Inna dysfunkcja  |                                   |
| <b>W przypadku Pacjenta: (prosimy o zaznaczenie właściwego pola <input type="checkbox"/> przy każdym stwierdzeniu)</b>                                     |  |                                   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)   | pieczętka, nr<br>i podpis lekarza |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  | Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn   |                                   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  | Istnieją przeciwwskazania do korzystania z wózka o napędzie elektrycznym (np. utraty przytomności, epilepsja, redukcja funkcji narządów zmysłów, koordynacji ruchowej, funkcji poznawczych stwarzające zagrożenie w użytkowaniu wózka) |                                   |
| Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>  | Zakres i rodzaj ograniczeń stanowi poważne utrudnienie w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej  |                                   |

**Prosimy o wypełnienie także drugiej strony**

3. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <b>nie wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem   |
| <input type="checkbox"/> | <b>wymaga</b> zakupu wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym z ponadstandardowym wyposażeniem, w tym:   |
| <input type="checkbox"/> | niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp. |
| <input type="checkbox"/> | urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)   |
| <input type="checkbox"/> | niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe, itp.)  |
| <input type="checkbox"/> | specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków   |
| <input type="checkbox"/> | kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe   |
| <input type="checkbox"/> | zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)   |
| <input type="checkbox"/> | specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)  |
| <input type="checkbox"/> | w taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)   |
| <input type="checkbox"/> | inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), <b>jakie:</b>  |

....., dnia .....

(**miejsowość**)

(**data**)

**pieczęć, nr\_ i podpis lekarza**