

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane dla potrzeb PCPR do wniosku o dofinansowanie w ramach likwidacji barier technicznych
wózka/skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość / nr kodu pocztowego / ulica / nr domu / nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą*):

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	 pieczęć i podpis lekarza	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	 pieczęć i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	 pieczęć i podpis lekarza	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	 pieczęć i podpis lekarza
Brak jednej lub obu kończyn górnych	 pieczęć i podpis lekarza	Brak jednej lub obu kończyn dolnych	 pieczęć i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się ¹		 pieczęć i podpis lekarza	

¹ dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się – należy przez to rozumieć sytuację, kiedy stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie się na zewnątrz; brak takiej możliwości powinien wynikać z dysfunkcji charakteryzującej się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie kończyn dolnych; stan ten może wynikać ze schorzeń o różnej etiologii (m.in. amputacje, porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, że:

- osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
- zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,
- korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

W związku z rodzajem niepełnosprawności pacjenta (osoby z niepełnosprawnością):

1. **NIE ZALECA SIĘ** zaopatrzenia w przedmiot dofinansowania: **wózek/skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym²**
2. **ZALECA SIĘ** zaopatrzenie w przedmiot dofinansowania: **wózek/skuter inwalidzki o napędzie elektrycznym oraz potwierdza się, że:**

a)	osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,	tak	nie
b)	zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,	tak	nie
c)	korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),	tak	nie
d)	korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,	tak	nie
e)	nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania,	tak	nie

.....
pieczęć i podpis lekarza

² **wózek/skuter o napędzie elektrycznym** – należy przez to rozumieć czterokołowy lub trzykołowy skuter/pojazd o napędzie elektrycznym, także składany/kompaktowy, pełniący funkcję wózka inwalidzkiego przeznaczonego dla osoby niepełnosprawnej ruchowo do poruszania się; skuter wyposażony jest m.in. w oddzielną, nastawną kolumnę kierownicy;