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

……....., dnia ……..…

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

*- **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 pieczątką):***

Stan zdrowia Pacjenta oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego.		Tak ☐ Nie ☐
Znacznie obniżona sprawność ruchowa Pacjenta dotyczy: (***prosimy zaznaczyć tylko jedną odpowiedź***)		
☐	Jednoczesnej dysfunkcji obu rąk i obu nóg	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej ręki i obu nóg	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i obu rąk	
☐	Jednoczesnej dysfunkcji jednej nogi i jednej ręki	
☐	Dysfunkcji obu rąk	
☐	Dysfunkcji obu nóg	
☐	Inna dysfunkcja	
W przypadku Pacjenta: (***prosimy o zaznaczenie właściwego pola □ przy każdym stwierdzeniu***)		
☐ Tak, jest wskazane ☐ Nie jest wskazane	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐ Tak, wpłynie niekorzystnie ☐ Nie wpłynie niekorzystnie	Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
☐ Tak, istnieją ☐ Nie istnieją	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 ☐ Nie	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* □)**

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

.....
pieczątka, nr i podpis lekarza