

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

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: (**proszę zakreślić właściwe pole**
 oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

TAK	NIE		pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacjent ma znacznie obniżoną sprawność ruchową w zakresie obu kończyn dolnych	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych Pacjenta stanowią poważne utrudnienia w jego samodzielnym funkcjonowaniu	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego* nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym/ oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego*	

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza