

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi  
dot. wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd”

Imię i nazwisko Wnioskodawcy/Podopiecznego .....

Data urodzenia .....

PESEL.....

Adres .....

Przedmiot wniosku: pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Tak  Nie

Stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz poziom dysfunkcji narządu ruchu wyklucza samodzielne poruszanie się i przemieszczanie przy pomocy ręcznego wózka inwalidzkiego

Tak  Nie

Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu)

Tak  Nie

Korzystanie z wózka o napędzie elektrycznym wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn

Tak  Nie

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

**Data**

**Podpis i pieczętka lekarza specjalisty**

.....

.....

\* Zgodnie z dokumentem „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd”