*Załącznik nr 5f dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

**Obszar C Zadanie 5**

.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **.............................., dnia**

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- ***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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej  i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej  i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Wrodzony brak lub amputacja kończyn (których?)........................  …………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych lub dolnych objawiający się:..............................................................................  ………………………………………………………………………….. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inna dysfunkcja narządu ruchu:....................................................  …………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………….. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

6.  Ponadto **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że:

|  |  |
| --- | --- |
| ***proszę zakreślić właściwe pola***  1.Pacjent nie ma możliwości **samodzielnego** poruszania się i przemieszczania się:   **□ tak □ nie**  2.Zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych pacjenta stanowią **poważne** **utrudnienia** w samodzielnym funkcjonowaniu pacjenta:  **□ tak □ nie**  3. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego **jest** **wskazane** z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu):  **□ tak □ nie**  4. Korzystanie ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego **nie wpłynie niekorzystnie** na sprawność kończyn:  **□ tak □ nie**  5. **Nie ma przeciwwskazań medycznych** do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego do wózka ręcznego  **□ tak □ nie** | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

**dysfunkcja narządu ruchu** **powodująca problemy w samodzielnym przemieszczaniu się** (**w przypadku Obszaru C Zadanie 5)** – 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 mózgowe, choroby neuromięśniowe) i musi być potwierdzony zaświadczeniem lekarza specjalisty, który oceniając zasadność wyposażenia osoby niepełnosprawnej w przedmiot dofinansowania potwierdzi, iż:

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