

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

OPINIA LEKARSKA
dot. zakupu skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania
elektrycznego do wózka ręcznego
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

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

.....
.....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: (**proszę zakreślić właściwe pole** ®):

- osoba niepełnosprawna nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się

tak nie

- zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych osoby ubiegającej się o pomoc w zakupie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub oprzyrządowania elektrycznego wózka ręcznego, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej,

tak nie

- korzystanie z przedmiotu dofinansowania jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),

tak nie

- korzystanie z przedmiotu dofinansowania nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,

tak nie

- nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z przedmiotu dofinansowania;

tak nie

Biorąc uwagę powyższe wyrażam zgodę na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym lub zaopatrzenie wózka ręcznego w oprzyrządowanie elektryczne

....., dnia

(miejscowość i data)

pieczętka, i podpis lekarza specjalisty o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

program finansowany z środków PFRON