

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