

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej)

Zgoda lekarza specjalisty na użytkowanie skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej wyrażam zgodę na
użytkowanie przez Pacjenta skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.**

Potwierdzam, iż:

- a) pacjent nie ma możliwości samodzielnego poruszania się i przemieszczania się,
- b) zakres i rodzaj ograniczeń ruchowych pacjenta, stanowią poważne utrudnienia w samodzielnym funkcjonowaniu,
- c) korzystanie ze skutera jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- d) korzystanie ze skutera nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania ze skutera inwalidzkiego o napędzie elektrycznym;

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)