

.....
(miejsowość, data)

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

Zgoda lekarza specjalisty na użytkowanie wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej wyrażam zgodę na
użytkowanie przez Pacjenta wózka ręcznego z oprzyrządowaniem 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 z wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym jest wskazane z punktu widzenia procesu rehabilitacji (nie spowoduje wstrzymania lub pogorszenia tego procesu),
- d) korzystanie z wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym nie wpłynie niekorzystnie na sprawność kończyn,
- e) nie ma przeciwwskazań medycznych do korzystania z wózka ręcznego z oprzyrządowaniem elektrycznym;

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