

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskie

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 pieczętką):**

| | | |
|--------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |

| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) | | potwierdzenie |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | specjalne siedzenia | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | elektroniczna obręcz przyspieszenia | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | ręczny gaz – hamulec | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | przedłużenie pedałów | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | sterowanie elektroniczne | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | system wspomagania parkowania | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | inne, jakie: | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza