

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- prosimy o wypełnienie czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu Pacjenta (opis)

.....

.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenia 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 pieczętą):

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

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażenia, w tym:

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)