

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

**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 specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty

<input type="checkbox"/> Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od..... .....	  pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Brak obu kończyn dolnych, na wysokości/od..... .....	  pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Znaczny niedowład obu kończyn górnych objawiający się: ..... ..... .....	  pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Znaczny niedowład obu kończyn dolnych objawiający się: ..... ..... .....	  pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/> Inne schorzenia: ..... ..... .....	  pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia .....

miejsowość

data

.....

pieczętka, nr\_i podpis lekarza specjalisty

Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach **obszaru wsparcia A1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu: **(proszę zakreślić właściwe pole, oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)**.

<input type="checkbox"/>	Dodatkowe pasy,uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Dodatkowe pasy do mocowania wózka inwalidzkiego	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Specjalne siedzenia	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Specjalny fotel pasażera, w tym fotelik dziecięcy	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Ręczny gaz- hamulec	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie pedałów	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Sterowanie elektroniczne	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Podnośnik lub najazd/podjazdy/rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	System wspomagania parkowania	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Inne , jakie:..... ..... .....	pieczętka,nr i podpis lekarza specjalisty

....., dnia .....

miejsowość

data

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty