

Załącznik do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywnym samorząd” w 2019 r. -  
Moduł I Obszar A Zadanie 1

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

**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"/>	<p><b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta <u>jest następstwem</u> schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia (*) i polega na:</b></p> <p>..... ..... ..... .....</p> <p>(*) odpowiednio: orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<p><b>Dysfunkcja narządu ruchu Pacjenta <u>nie jest następstwem</u> schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia(*)</b></p> <p>(*) odpowiednio: orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności</p>	pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

*(proszę zakreślić właściwe pola )*

<input type="checkbox"/>	<b>dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie</b>
<input type="checkbox"/>	<b>automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła</b>
<input type="checkbox"/>	<b>elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>specjalne siedzenia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>elektroniczna obręcz przyspieszenia</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ręczny gaz – hamulec</b>
<input type="checkbox"/>	<b>przedłużenie pedałów</b>
<input type="checkbox"/>	<b>sterowanie elektroniczne</b>
<input type="checkbox"/>	<b>podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego</b>
<input type="checkbox"/>	<b>przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników</b>
<input type="checkbox"/>	<b>system wspomagania parkowania</b>
<input type="checkbox"/>	<b>inne, jakiej:</b> .....
	.....
	.....
	.....

....., **dnia** .....

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, i podpis lekarza