

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

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

## 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 pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	<p><b>Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia (*) i polega na:</b></p> <p>..... ..... ..... ..... ..... ..... .....</p> <p>(*) w przypadku osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia – orzeczenia o niepełnosprawności; z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia:12-C).</p>	pieczętą, 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, jakie:</b> .....
	.....
	.....
	.....
	.....

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, i podpis lekarza