

.....
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 pieczętką):

<input type="checkbox"/>	<p>Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia (*) i polega na:</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>	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"/>	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 siedzenia
<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:

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, i podpis lekarza