

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM W JĘZYKU POLSKIM

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Używane przez Pacjenta przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak/amputacja obu kończyn górnych lub dolnych na wysokości od:	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znacznie obniżona sprawność ruchowa (wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii m. in. porażenie mózgowe, choroby neuromięśniowe), objawiająca się:	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. 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:

<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 przyśpieszenia
<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 pieczętka i podpis lekarza