

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

**dnia** .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
Moduł I Obszar A Zadanie nr 1

**- 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**):

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

<b>Specyfikacja zakupu</b> (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		<b>uwagi</b>
<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>	

*(proszę zakreślić właściwe pola)*

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

(miejsowość)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza