

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

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 zaznaczyć znakiem „X” we właściwym kwadracie.

**W kolumnie liczba zaznaczeń należy wpisać liczbę zaznaczonych znaków „X”
w danym punkcie oraz należy obok podbić pieczętkę oraz podpisać**

Lp.	WYSZCZEGÓLNIENIE U PACJENTA WYSTĘPUJE	LICZBA ZAZNACZEŃ *	PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA
1.	Dysfunkcja w zakresie kończyny:		
1.1	górnej:		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
1.2	dolnej:		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
2	Wrodzony brak lub amputacja kończyny		
2.1	górnej		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
2.1.a	Na wysokości:		
	<input type="text"/>		
2.2	dolnej		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej		
	Na wysokości:		
	<input type="text"/>		

* - należy pisać liczbę zaznaczonych pól w danym punkcie

3.	Znaczny niedowład kończyny górnej:		
	<input type="checkbox"/> lewej	<input type="checkbox"/> prawej	

3.1 **Objawiający się:**

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

LP.	WYSZCZEGÓLNIENIE	UWAGI
A		B
1.	<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
2.	<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
3.	<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
4.	<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia	
5.	<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia	
6.	<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec	
7.	<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów	
8.	<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne	
9.	<input type="checkbox"/> podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
10.	<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
11.	<input type="checkbox"/> system wspomagania parkowania	
12.	<input type="checkbox"/> inne, jakie:	
LICZBA ZAZNACZONYCH WSKAZAŃ W PKT. 4		

Miejscowość:

Data wystawienia:

.....
pieczęć numer i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie