

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko .....

2. PESEL

3. Adres zamieszkania .....

4. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....  
.....

5. Choroby współistniejące .....

.....  
.....

6. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak

nie

7. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym (10-N)

całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

innych (jakich): .....

.....

8. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej

kończyny górnej

kończyn dolnych

kończyn dolnych

inne (jakie): .....

9. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu: *(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)*

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętąka, nr i podpis lekarza)