

.....
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 górnych
 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)