**Załącznik nr 4**

**program „Aktywny samorząd”**

**Moduł I Obszar A Zadanie 1**

…………………………………………………

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

# wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd" - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1.

Imię i nazwisko Pacjenta …………………………………………………………………………………………………………….

2.

PESEL □□□□□□□□□□□

3

. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis)………………………………………………

1. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie................... ……………………………..……………

…………………………………………………………………………………………………………………..

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | Dysfunkcja narządu ruchu | Pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty** |
|  | **Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:** |  |
| □ | Schorzeń o charakterze neurologicznym | Pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty** |
| □ | Całościowych zaburzeń rozwojowych | Pieczątka, nr i **podpis lekarza specjalisty** |
| □ | Innych schorzeń, jakich?  ………………………………………………………… | Pieczątka, nr i **podpis lekarza** **specjalisty** |
| □ | Brak dysfunkcji narządu ruchu | Pieczątka, nr i **podpis lekarza** **specjalisty** |

1. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażenia (proszę zakreślić właściwe pola):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)** | | uwagi |
| □ | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie |  |
| □ | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła |  |
| □ | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia |  |
| □ | specjalne siedzenia |  |
| □ | elektroniczna obręcz przyspieszenia |  |
| □ | ręczny gaz — hamulec |  |
| □ | przedłużenie pedałów |  |
| □ | sterowanie elektroniczne |  |
| □ | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego |  |
| □ | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników |  |
| □ | system wspomagania parkowania |  |
| □ | inne, jakie: …………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………. |  |

……………………, dnia ………………….. ………………………………

Miejscowość pieczątka i podpis lekarza specjalisty