

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

.....dnia.... ..

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez lekarza specjalistę o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” - 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 O oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu	Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
<input type="checkbox"/>	Schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Innych schorzeń, jakich?:...	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

6. 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
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz — hamulec	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	

.....

miejsowość

data

pieczętka i podpis lekarza specjalisty

.....

.....

.....