

.....
 Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wydane do wniosku 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. Pacjent korzysta z zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i/lub sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole „X” oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

	Dysfunkcja narządu ruchu	Pieczętka, nr i podpis lekarza
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
	Schorzeń o charakterze neurologicznym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
	Całościowych zaburzeń rozwojowych	Pieczętka, nr i podpis lekarza
	Innych schorzeń, jakich.....	Pieczętka, nr i podpis lekarza
	Brak dysfunkcji narządu ruchu	Pieczętka, nr i podpis lekarza

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażenia:

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:	

Proszę zaznaczyć właściwe pola

.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty