

Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” obszar A zadanie 1

.....

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. 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  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

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

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza