

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

## 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 lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych (dysfunkcja polega na .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych (dysfunkcja polega na .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych (dysfunkcja polega na .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej (dysfunkcja polega na .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od: .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Niedowład jednej lub obu kończyn górnych, objawiający się:</b> ..... <u>Proszę uzupełnić uważnie</u> (np. umiejętności chwytania przedmiotów, zakres spastyki)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Niedowład jednej lub obu kończyn dolnych, objawiający się:</b> .....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

<b>Specyfikacja zakupu</b> (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		<b>uwagi</b>
<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>	
<input type="checkbox"/>	<b>inne, jakie:</b>	

(proszę zakreślić właściwe pola)

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza specjalisty)