

.....
 Pieczętka 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. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę potwierdzić podpisem i pieczętą*):

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, i podpis lekarza
Brak kończyn dolnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, i podpis lekarza
Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, i podpis lekarza
Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, i podpis lekarza
Inne schorzenia:.....	pieczętka, i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga dostosowania posiadanego samochodu poprzez zakup i montaż oprzyrządowania t.j: *(proszę zakreślić właściwe pole)*

☐	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)

.....
pieczętka, nr pwz i podpis lekarza