

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności,
wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim, właściwie zaznaczyć znakiem „x”**

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. Stwierdzam, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego
orzeczenia pacjenta, jest dysfunkcja narządu ruchu:

O charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia 10-N)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Całościowym zaburzeniu rozwojowym (symbol orzeczenia 12-C)	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie
Inne.....	<input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie

6. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

.....

.....

.....

7. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do posiadanego samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwi użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego:

<input type="radio"/>	dotatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	specjalne siedzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="radio"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="radio"/>	inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia.....
Miejscowość

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty