

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

dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim jednym charakterem pisma**

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 pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA
<input type="checkbox"/> dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<input type="checkbox"/> automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	
<input type="checkbox"/> elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	
<input type="checkbox"/> specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/> elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/> ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/> elektryczny hamulec postojowy	
<input type="checkbox"/> uchwyty, gałki montowane na kierownicy	
<input type="checkbox"/> przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/> sterowanie elektroniczne (piloty wielofunkcyjne) pulpity sterujące na kierownicy, inne urządzenia sterujące (światła wycieraczki, inne) np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie	
<input type="checkbox"/> sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)	
<input type="checkbox"/> automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy	
<input type="checkbox"/> podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne)	
<input type="checkbox"/> podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)	
<input type="checkbox"/> winda (obowiązek - UDT), winda podpodłogowa	
<input type="checkbox"/> mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosownie do potrzeby indywidualnej	
<input type="checkbox"/> fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	
<input type="checkbox"/> przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/> system wspomaganie parkowania	
<input type="checkbox"/> podwyższona konstrukcja dachu	
<input type="checkbox"/> obniżona podłoga	
<input type="checkbox"/> inne, jakie (wymienić):	