

.....

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku przez **lekarza specjalistę** o dofinansowanie w ramach 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"/>	Dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
<input type="checkbox"/>	Schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Innych schorzeń, jakich?:..... .....	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>
<input type="checkbox"/>	Brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczętka, nr i podpis <b>lekarza specjalisty</b>

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażenia (**proszę zakreślić właściwe pola** ):

<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> ..... ..... ..... .....	

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

(miejsowość)

(data)

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