

.....
Stempel 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. 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):**

Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia(*) i polega na:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

(*) w przypadku osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności; a w przypadku osób niepełnosprawnych do 16 roku życia- orzeczenia o niepełnosprawności; z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym- symbol orzeczenia: 10N lub całościowych zaburzeń rozwojowych- symbol orzeczenia : 12 C).

pieczętka, nr i podpis lekarza

Str. 2 do formularza wniosku – dotyczy formularzy wniosków – **Moduł I Obszar A Zadanie nr 1,**

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan zdrowia i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

<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 przyspieszania
<input type="checkbox"/>	Ręczny gaz- hamulec
<input type="checkbox"/>	Przedłużenie pedałów
<input type="checkbox"/>	Sterowanie elektroniczne
<input type="checkbox"/>	Podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego
<input type="checkbox"/>	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników
<input type="checkbox"/>	System wspomagania parkowania
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie:.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza