



....., dnia
(stempel zakładu opieki zdrowotnej (miejsowość) (data)
lub praktyki lekarskiej)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
Adres zamieszkania:

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym (10 - N)

całościowych zaburzeń rozwojowych (12 – C)

innych (jakich?)

.....
i stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub o niepełnosprawności)

tak nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej

prawej lewej

kończyny górnej

prawej lewej

obu kończyn dolnych

obu kończyn górnych

inne (jakie?)

....., dnia
(miejsowość) (data) (pieczętka, nr i podpis lekarza)

Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach Obszaru A, zadanie 1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu.

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką)

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia np. specjalny fotel pasażera, w tym fotelik dziecięcy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego lub rampa podjazdowa do wózka inwalidzkiego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie?:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza)