

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” A1

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

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		uwagi
<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 np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie)	
<input type="checkbox"/>	sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, system 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 (dodatkowe mechaniczne, elektroniczne), stosowane do potrzeby indywidualnej	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	
<input type="checkbox"/>	podwyższona konstrukcja dachu	
<input type="checkbox"/>	obniżona podłoga	

<input type="checkbox"/>	inne, opis (w przypadku kilku przedmiotów w opisie należy wpisać cenę każdego z nich):	
<i>(proszę zakreślić właściwe pola)</i>		

7. Następnym schorzeń stanowiących podstawę wydania orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu:

tak **nie**

.....,
(miejsowość, data)

.....
(data, podpis lekarza)