

.....  
**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 pieczętą**):

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

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

(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	dotatkowe 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"/>	specjalne siedzenia (dostosowane do osoby niepełnosprawnej)	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	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