

.....

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

- Imię i nazwisko Pacjenta
- PESEL
- Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
-
- Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny Samorząd” obszar A zadanie 1

	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak: **(proszę zakreślić właściwe pola)**

	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła
	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia
	specjalne siedzenia elektroniczna obręcz przyspieszenia
	ręczny gaz – hamulec przedłużenie pedałów
	sterowanie elektroniczne
	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników
	system wspomagania parkowania
	inne, jakie:

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza