

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

.....  
 data i miejscowość

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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):

<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
<input type="checkbox"/>	Zaświadcza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (dotyczy przypadku gdy przyczyna orzeczenia jest inna niż 05-R)	pieczętka, nr i podpis lekarza

*(proszę zakreślić właściwe pola, dodać opis-jeśli dotyczy, postawić pieczętkę, nr i podpis lekarza))*

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

	<b>Specyfikacja zakupu</b> (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"/>	specjalne siedzenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne [piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące (światła, wycieraczki, inne) np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie]	
<input type="checkbox"/>	sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał 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 lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)	
<input type="checkbox"/>	winda (obowiązek - UDT), winda podpodłogowa	
<input type="checkbox"/>	mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosownie do potrzeby indywidualnej	
<input type="checkbox"/>	fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	podwyższona konstrukcja dachu	
<input type="checkbox"/>	obniżona podłoga	
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	

(proszę zakreślić właściwe pola)

.....  
data i miejscowość

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza