

.....
 pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub gabinetu praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wystawione przez lekarza specjalistę)

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 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

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		potwierdzenie
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	
<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	
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektryczny hamulec postojowy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	uchwyty, gałki montowane na kierownicy	
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowane elektrycznie piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy, inne urządzenia sterujące (światła, wycieraczki, inne np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu(światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidz. (mech.)	
<input type="checkbox"/>	podnośnik, rampa, platforma lub platforma do wózka inwalidz. (elektr.)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	winda (obowiązek-UDT), winda podłogowa	
<input type="checkbox"/>	mocowanie wózków (dokowanie mech., elektr.) stosownie do potrzeby indywidualnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami	
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	
<input type="checkbox"/>	podwyższona konstrukcja dachu	
<input type="checkbox"/>	obniżona podłoga	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne - jakie	

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty