.....

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez **lekarza specjalistę** 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 pieczątką***):

☐	Dysfunkcja narządu ruchu	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
Dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem:		
☐	Schorzeń o charakterze neurologicznym	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
☐	Całościowych zaburzeń rozwojowych	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
☐	Innych schorzeń, jakich?:..... ……	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**
☐	Brak dysfunkcji narządu ruchu	pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażenia ***(proszę zakreślić właściwe pola □)***:

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		**uwagi**
□	**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 …….. ……
(**miejscowość**) (**data**) pieczątka, nr i podpis **lekarza specjalisty**