.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **.............................., dnia**

lub praktyki lekarskiej

# 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 pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:................................................................. | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..................................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Inne schorzenia:.................................................................... | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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:** |  |
|  |  |  |

 ***(proszę zakreślić  właściwe pola*)**

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

 (**miejscowość** ) (**data**) pieczątka, nr i podpis lekarza