

.....
(stempel zakładu opieki zdrowotnej lub
praktyki lekarskiej)

....., dnia
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności
do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak

nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

neurologicznym (10-N)

całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)

innych (jakich):

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

I stanowi podstawę wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

tak

nie

5. Stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

kończyny dolnej

kończyny górnej

kończyn dolnych

kończyn górnych

inne (jakie):

.....

....., dnia
(miejscowość)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)

Dotyczy wyłącznie Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie w ramach obszaru wsparcia A – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu:

(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

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

....., dnia
(miejscowość)

.....
(pieczętą, nr i podpis lekarza)