

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej/praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
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 przedmioty ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie
5. Uzasadnienie potrzeby zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu:
.....
6. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

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

7. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do posiadanego samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwia użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego (proszę zakreślić właściwe pole ☐):

- ☐ 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, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego;
- ☐ mocowanie wózków stosownie do potrzeby indywidualnej;
- ☐ fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku;
- ☐ przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników;
- ☐ system wspomagania parkowania;;
- ☐ inne, jakie:

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza