

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko:

.....

2. PESEL:

3. Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (*należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności*)

.....

.....

4. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

.....

.....

5. Uzasadnienie zakupu/ montażu fotelika samochodowego rehabilitacyjnego do posiadanego samochodu (proszę podać wagę i wzrost Wnioskodawcy)

.....

.....

6. Ponadto na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

<p>1. Pacjent może samodzielnie kierować samochodem przystosowanym do rodzaju niepełnosprawności:</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy*</p> <p>2. Przeciwwskazania do samodzielnego kierowania samochodem (np. utraty przytomności, epilepsja):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> brak przeciwwskazań <input type="checkbox"/> nie dotyczy*</p>	<p>pieczętka, nr i podpis lekarza</p>
---	---------------------------------------

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**:

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	--------------------------------

<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	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jaki e:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

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