

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

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

## 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. Zaświadczam, iż Pacjent cierpi z powodu dysfunkcji narządu ruchu, które są konsekwencją następujących schorzeń o charakterze neurologicznym lub całościowych zaburzeń rozwojowych  
.....  
( proszę podać nazwę schorzenia)
4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....  
.....  
.....;
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	dysfunkcja 4 kończyn	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	brak obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	znaczny niedowład obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	dysfunkcja obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	osoba porusza się na wózku inwalidzkim	pieczętka, nr i podpis lekarza
--------------------------	--	--------------------------------

6. Ponadto - **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niezbędne jest wyposażenie samochodu w następujące oprzyrządowanie (dotyczy zadania nr 1 obszaru A) :

**(proszę zakreślić właściwe pola )**

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

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty