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

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

lub praktyki lekarskiej

# UWAGA: Zaświadczenie wymagane tylko w przypadku gdy wnioskodawca nie posiada przyczyny niepełnosprawności oznaczonej kodem „0-5R” w orzeczeniu o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności.

# 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)

1. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): ..................................................................................... .................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………;

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta     dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | dysfunkcja 4 kończyn | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | brak obu kończyn górnych | 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 |
|  | znaczny niedowład obu kończyn górnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | dysfunkcja obu kończyn dolnych | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | osoba porusza się na wózku inwalidzkim | pieczątka, **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*****)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | dodatkowe pasy uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie |
|  | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła |
|  | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i ponoszenia 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: |

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

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