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

**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