

 

Załącznik do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” obszar A zadanie 1

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

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

lub praktyki lekarskiej

# 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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby
w tym zakresie: ...................................................................................................................................................................... .........................................................................................................................................................................
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta     dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

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

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne,**stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu takich elementów jak:

***(proszę zakreślić  właściwe pola*****)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **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 lub najazd do wózka inwalidzkiego** |
|  | **przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników** |
|  | **system wspomagania parkowania** |
|  | **inne, jakie:** |

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

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