

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

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Data urodzenia PESEL
3. Adres zamieszkania
4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
.....
.....
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
.....
6. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka i podpis lekarza

**Załącznik nr 2 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
-Moduł I - obszar A - Zadanie nr 1**

Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		potwierdzenie
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka i podpis lekarza

.....
(data)

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