

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatne do rodzaju niepełnosprawności
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. Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu

4. Uzasadnienie zakup/montaż oprzyrządowania do posiadanego samochodu:

5. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga oprzyrządowania do posiadanego samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwi użytkowanie samochodu przez osobę niepełnosprawną z dysfunkcją ruchu lub przewożenie samochodem osoby niepełnosprawnej oraz niezbędnego sprzętu rehabilitacyjnego*:

<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia 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:

* należy zakreślić właściwe pole

....., dnia
(miejscowość) (data) pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty