

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 konsekwencją ujętych w orzeczeniu o niepełnosprawności schorzeń, jest dysfunkcja narządu ruchu.

TAK                       NIE

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia wynikające z istniejącej niepełnosprawności narządu ruchu, wymaga montażu następującego specjalistycznego oprzyrządowania do samochodu (**proszę zakreślić właściwe pole**):

- 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,
- elektryczny hamulec postojowy,
- uchwyty, gałki montowane na kierownicy,
- przedłużenie pedałów,
- sterowanie elektroniczne (piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy, inne urządzenia sterujące – światła, wycieraczki, inne – np. montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie),
- sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy),
- automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy,
- podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne),
- podnośnik, rampa lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne),
- winda (obowiązek UDT), winda podpodłogowa,
- mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne) stosownie do potrzeby indywidualnej,
- fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku,
- przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników,
- system wspomagania parkowania,
- podwyższona konstrukcja dachu,
- obniżona podłoga,
- inne, proszę wskazać jakie: .....

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

miejsce

data

.....  
pieczęć, podpis lekarza specjalisty