

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE <sup>1</sup>

wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta,  
 wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”-  
**w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest  
 przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją  
 ujętych w orzeczeniu schorzeń, potwierdzające iż następstwem schorzeń,  
 stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu - **prosimy  
 wypełnić czytelnie w języku polskim****

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta będącej następstwem schorzeń, stanowiących  
 podstawę orzeczenia (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 jedno - właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:..... .....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

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

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

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza