

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko:

.....

2. PESEL:

3. Uzasadnienie i opis schorzenia potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (*należy wypełnić w przypadku, gdy dysfunkcja narządu ruchu nie jest przyczyną wydania orzeczenia o niepełnosprawności*):

.....

.....

4. Ponadto **na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że: (*dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie prawa jazdy*):

1. Pacjent **może samodzielnie** kierować samochodem przystosowanym do rodzaju niepełnosprawności:

☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy*

2. **Przeciwwskazania** do samodzielnego kierowania samochodem

(np. utraty przytomności, epilepsja):

.....

.....

☐ brak przeciwwskazań ☐ nie dotyczy*

pieczętka, nr i podpis lekarza

Punkty 5 i 6 dotyczą osób ubiegających się o zakup i montaż oprzyrządowania do posiadanego samochodu:

5. Uzasadnienie zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

.....

.....

.....

6. 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	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka, nr i podpis lekarza

<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie:	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

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

* w przypadku niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej

** należy zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą