.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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.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 niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***)*:*

☐	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

	Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	**UWAGI**
☐	**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**	
☐	**przedłużenie pedałów**	
☐	**sterowanie elektroniczne**	
☐	**podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego**	
☐	**przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników**	
☐	**system wspomagania parkowania**	
☐	**inne, jakie:**	

(proszę zakreślić właściwe pola)

……, dnia …… ……

(miejscowość) (data)

pieczątka, nr_ i podpis lekarza

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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.Zakres dysfunkcji narządu słuchu pacjenta (opis): .....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie pomocnicze oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
.....

5.Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że ubytek słuchu Pacjenta wynosi powyżej **70 decybeli (db):**

☐ tak ☐ nie

Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, **stan i zakres dysfunkcji narządu słuchu** powodującej niepełnosprawność wymaga zakupu wyposażeniem, w tym:

	Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)	**UWAGI**
☐	**komunikator wspomagający poprawną komunikację**	
☐	**tablet ze specjalnym oprogramowaniem dla osoby z dysfunkcją słuchu**	
☐	**sygnalizator umożliwiający użytkowanie samochodu**	
☐	**aplikacja dla osoby niesłyszącej**	
☐	**inne, jakie:**	

(proszę zakreślić właściwe pola)

....., dnia ....

(miejscowość) (data)

pieczątka, nr_ i podpis lekarza