

.....
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 ruchowa
Pacjenta dotyczy (**proszę wpisać w odpowiednich polach znak X oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, 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"/>	Brak obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia (określić jakie)	pieczętka, nr i podpis lekarza

6. **Ponadto** - na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że: Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń:

o charakterze neurologicznym (symbol orzeczenia 10N)

☐ **tak ;** ☐ **nie**

lub całościowych zaburzeń rozwojowych (symbol orzeczenia 12C)

☐ **tak ;** ☐ **nie**

lub innych schorzeń (symbol orzeczenia:)

☐ **tak ;** ☐ **nie.**

Prosimy wypełnić w przypadku Pacjentów starających się o dofinansowanie zakupu oprzyrządowania do posiadanego samochodu

7. Pacjent z uwagi na stan i zakres swojej dysfunkcji narządu ruchu wymaga korzystania z następującego oprzyrządowania do samochodu: (np. dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie, automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny gaz – hamulec, specjalne siedzenia, podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego, itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczęć, nr. i podpis lekarza

UWAGA:

Przez pojęcie „dysfunkcja narządu ruchu” (w przypadku obszaru A) - należy przez to rozumieć dysfunkcję stanowiącą podstawę orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (także orzeczenia o niepełnosprawności), w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia dot. niepełnosprawności, ale jest konsekwencją ujętych w orzeczeniu schorzeń (np. o charakterze neurologicznym - symbol orzeczenia: 10-N lub całościowych zaburzeń rozwojowych - symbol orzeczenia: 12-C), wnioski mogą zostać pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym pod warunkiem, że wnioskodawca dołączy do wniosku zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu.