

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

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Data urodzenia ..... PESEL .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):  
.....  
.....
5. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:  
.....  
.....
6. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka i podpis lekarza

**Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
-Moduł I - obszar A - Zadanie nr 1**

<b>Specyfikacja zakupu</b> (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu)		<b>potwierdzenie</b>
<input type="checkbox"/>	dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	specjalne siedzenia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	elektroniczna obręcz przyspieszenia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ręczny gaz – hamulec	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedłużenie pedałów	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	sterowanie elektroniczne	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	system wspomagania parkowania	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	inne, jakie:	pieczętka i podpis lekarza

.....  
(data)

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