

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

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
-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 pieczętą):

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

6. Pacjent z uwagi na ograniczenia funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu:
(proszę zakreślić właściwe pola X)

<input checked="" type="checkbox"/>	Nie wymagane jest dodatkowe oprzyrządowanie do samochodu
-------------------------------------	---

	Wymagane jest dodatkowe oprzyrządowanie do samochodu, w tym:
	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
	Elektryczny hamulec postojowy
	Uchwyty, gałki montowane na kierownicy
	Przedłużenie pedałów
	Sterowanie elektroniczne (piloty wielofunkcyjne, pulpity sterujące na kierownicy; inne urządzenia sterujące tj. Światła, wycieraczki, inne np. Montowane w zagłówku na indywidualne zamówienie)
	Sterowanie głosem urządzeń wspomagających prowadzenie pojazdu (światła, kierunkowskazy, wycieraczki, sygnał dźwiękowy)
	Automatyczny/elektroniczny mechanizm otwierania/zamykania drzwi/klapy
	Podnośnik, rampa, platforma lub najazd do wózka inwalidzkiego (mechaniczne)
	Podnośnik, rampa lub platforma do wózka inwalidzkiego (elektroniczne)
	Winda (obowiązek – UDT), winda podpodłogowa
	Mocowanie wózków (dokowanie mechaniczne, elektroniczne), stosownie do potrzeby indywidualnej
	Fotele mobilne, w tym dla dzieci z niepełnosprawnościami, które ze względów bezpieczeństwa wymagają usadowienia na specjalnym siedzisku
	Przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników
	System wspomagania parkowania
	Podwyższona konstrukcja dachu
	Obniżona podłoga
	Inne, opis

Następstwem schorzeń wnioskodawcy, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu

tak nie,

.....,dnia.....
miejsowość i data

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności