

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu ruchu

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta:

2. Adres zamieszkania:.....

3. PESEL

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis).....
.....
.....

- dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta
 dysfunkcja narządu ruchu nie jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta

Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
 całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
 innych (jakich):.....

(proszę zakreślić właściwe pole w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia) .

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	pieczętka, 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, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak jednej kończyny <input type="checkbox"/> górnej <input type="checkbox"/> dolnej na wysokości/od:.....	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:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

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

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza