



MODUŁ I Obszar A Zadanie 1,2,4

Stempel zakładu opieki zdrowotnej /praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb programu „Aktywny Samorząd”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia..... PESEL

1. Rodzaj choroby zasadniczej.....
.....
.....

Pacjent wymaga (*proszę właściwie zaznaczyć znakiem **X**):

- a) **pomocy w zakupie i montażu oprzyrządowania do samochodu**
z powodu dysfunkcji narządu ruchu lub narządu słuchu (Obszar A Zadanie 1 lub 4)

tak ☐ *

nie ☐ *

ze względu na rodzaj niepełnosprawności spowodowany.....
.....

	TAK	NIE
stwierdza się, iż następstwem schorzeń wnioskodawcy jest dysfunkcja narządu ruchu	pieczętka i podpis lekarza specjalisty	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
stwierdza się ubytek słuchu powyżej 70 decybeli (db) w uchu lepszym	pieczętka i podpis lekarza specjalisty	pieczętka i podpis lekarza specjalisty

b) **pomocy w uzyskaniu prawa jazdy** z powodu dysfunkcji narządu ruchu (Obszar A
Zadanie 2)

tak ☐ *

nie ☐ *

Niniejszym stwierdza się, że pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak ☐ *

nie ☐ *

2. Pacjent wymaga likwidacji barier i wskazany jest:

☐ zakup oprzyrządowania do samochodu dla osoby z **dysfunkcją narządu ruchu**
(jakiego?)

.....
.....

☐ zakup oprzyrządowania do samochodu dla osoby z **dysfunkcją narządu słuchu**
(jakiego?)

.....
.....

☐ uzyskanie prawa jazdy dla osoby z **dysfunkcją narządu ruchu**

KATEGORIA PRAWA JAZDY:

dnia

.....

pieczętka i podpis lekarza specjalisty