

.....
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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

Amputacja w zakresie ręki	pieczętą, nr i podpis lekarza
Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętą, nr i podpis lekarza
Amputacja w zakresie ramienia lub wyluszczeniu w stawie barkowym	pieczętą, nr i podpis lekarza
Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	pieczętą, nr i podpis lekarza
Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętą, nr i podpis lekarza
Amputacja w zakresie uda lub wyluszczeniu w stawie biodrowym	pieczętą, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
 pieczętą, nr i podpis lekarza