

.....
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