

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

.....
pieczętąka, nr i podpis lekarza