

.....  
/stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej/

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Elku  
będącego realizatorem 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 pieczętką):**

	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, 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: .....

.....

.....  
/data, pieczętka, nr i podpis lekarza/