

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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 z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem 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:

.....

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