

.....

....., dnia

Pieczęć 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

Na podstawie dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także staw kolanowy)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka 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:

.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza