

.....

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**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki <input type="checkbox"/> prawej <input type="checkbox"/> lewej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> prawego <input type="checkbox"/> lewego	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym <input type="checkbox"/> prawym <input type="checkbox"/> lewym	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