……

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 .....PESEL.....
2. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole □ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką***):

□	Amputacja w zakresie ręki	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja przedramienia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja ramienia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja na poziomie stopy	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja na poziomie podudzia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja uda	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
□	Amputacja uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczątka, **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 …… ……

(**miejscowość**) (**data**)

pieczątka, nr_ i podpis lekarza