

.....  
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 pieczętką**)

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda ( także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda i wyluszczenia w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

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

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty