

.....
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 stopy lub 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 wyluszczeniu 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