

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu  
„Aktywny samorząd” (Obszar C Zadanie 3 )

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

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

Amputacji w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
Amputacji w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
Amputacji w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
Amputacji na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
Amputacji na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
Amputacji w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, 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:

.....  
pieczętka, nr\_ i podpis lekarza