

.....
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