*Załącznik* ***nr 2 d*** *do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd*

.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej.............................., dnia

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

# wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu

# „Aktywny samorząd” (Obszar C Zadanie 3, Zadanie 4)

 - ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacji w zakresie ręki | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacji w zakresie przedramienia  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacji w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacji na poziomie podudzia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacji na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacji w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym  | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka: ............................................................................................................................................................................................ |
|  **Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilnyniestabilny**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:............................................................................................................................................................................................ |

 ...............................................

 pieczątka, nr i podpis lekarza