

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętą**) :

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia lub wyluszczeniu w stawie barkowym	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, numer i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda lub wyluszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, numer 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, numer i podpis lekarza specjalisty
o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności