.....
***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 pieczątką***) :

☐	Amputacja w zakresie ręki	**pieczątka, numer i podpis lekarza specjalisty**
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	**pieczątka, numer i podpis lekarza specjalisty**
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	**pieczątka, numer i podpis lekarza specjalisty**
☐	Amputacja na poziomie podudzia	**pieczątka, numer i podpis lekarza specjalisty**
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	**pieczątka, numer i podpis lekarza specjalisty**
☐	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	**pieczątka, 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**)* *pieczątka, numer i podpis lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności*