

.....
pieczęć 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 pieczęcią**):

<input type="checkbox"/>	Amputacji w zakresie ręki	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji w zakresie przedramienia	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji ramienia i wyluszczenia w stawie barkowym	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji na poziomie podudzia	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacji uda i wyluszczenia w stawie biodrowym	pieczęć, 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:

....., dnia

(miejsowość)

.....
(pieczęć, nr lekarza i podpis)