



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i Nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu) .....

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

		PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	

1. Przyczyna amputacji:  
.....

2. Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

3. Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną ..... nowoczesne ..... rozwiązania ..... techniczne:  
.....  
.....

..... dnia.....

(miejscowość)

(data)

pieczęć, nr i podpis lekarza