

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej

....., **dnia**

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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie stopy lub podudzia	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	Pieczętka, 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** )

( **data** )

**pieczętka, nr i podpis lekarza**