Załącznik nr 3
do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” – ***Moduł I Obszar C Zadanie 4***

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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 pieczątką***)*:*

☐	Amputacja w zakresie ręki	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia lub wyłuszczeniu w stawie barkowym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie uda lub wyłuszczeniu w stawie biodrowym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

....., dnia ....

(miejscowość) **(data)** **(pieczątka, nr_ i podpis lekarza)**