

.....
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 pieczętą**):

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

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia

(miejscowość)

(data)

(pieczętą, nr i podpis lekarza)