

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia
 (data, i miejscowość)

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	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Urodzenie się bez kończyny.....	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>
<input type="checkbox"/>	Urodzenie się bez części kończyny.....	<small>pieczętą, nr i podpis lekarza</small>

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:

.....
.....
Ocena zdolności do pracy w wyniku otrzymania pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza