

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

....., dnia

## 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, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia                              | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia                                  | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)          | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem stawie biodrowym       | pieczętka, <b>nr</b> 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