

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole i potwierdzić pieczęcią)

Amputacja w zakresie ręki	pieczęć, nr i podpis lekarza
Amputacja w zakresie przedramienia	pieczęć, nr i podpis lekarza
Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczęć, nr i podpis lekarza
Amputacja na poziomie podudzia	pieczęć, nr i podpis lekarza
Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczęć, nr i podpis lekarza
Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczęć, 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
(miejscowość)

.....
pieczęć nr i podpis lekarza