

.....  
**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 wyłuszczeniem 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 wyłuszczeniem 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 utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny:

.....  
.....  
.....

Problemy techniczne pacjenta występujące z użytkowaną protezą:

.....  
.....

Proponowany zakup części zamiennych, jakich :

.....  
.....

Proponowany zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego :

.....  
.....

....., dnia .....

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza