……

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 pieczątką**):

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

.....

pieczątka, nr_ i podpis lekarza