

.....
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 pieczętą**):

☐	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia lub wyluszczeniu w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja uda lub wyluszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, 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)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza