

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C3) i (C4)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

☐	Amputacja w zakresie ręki	Pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	Pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyłączeniem 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 w zakresie uda z wyłączeniem w stawie biodrowym	Pieczętka, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

.....

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ nie stabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

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

Miejscowość,

data

Pieczętka, nr i podpis lekarza