

.....  
**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**

- Imię i nazwisko Pacjenta .....
- PESEL
- Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:  
**(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<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 wyluszczeniem 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 wyluszczeniem w 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 zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

....., **dnia** .....

(**miejsowość**)

(**data**)

pieczętka, **nr** i podpis lekarza