

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(ważne 120 dni od daty wystawienia)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy: (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)

| | | |
|--------------------------|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia lub wyluszczenia w stawie barkowym | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie stopy lub podudzia | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | pieczętą, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda lub wyluszczenia w stawie biodrowym | pieczętą, 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

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza