

.....  
**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