

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

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

Zaświadcza się, że
(imię i nazwisko pacjenta)

zamieszkały(a)
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

nr PESEL jest osobą niepełnosprawną w niżej wskazanym zakresie
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐ Amputacja w zakresie ręki pieczęć, nr i podpis lekarza	☐ Amputacja na poziomie podudzia pieczęć, nr i podpis lekarza
☐ Amputacja w zakresie przedramienia pieczęć, nr i podpis lekarza	☐ Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) pieczęć, nr i podpis lekarza
☐ Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym pieczęć, nr i podpis lekarza	☐ Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym pieczęć, nr i podpis lekarza

Dodatkowe informacje dotyczące ruchowej niepełnosprawności pacjenta:

a) przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna (jaka?):

b) aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

c) ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....
pieczętą, nr i podpis lekarza