

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

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	..... pieczęć, nr i podpis lekarza	<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	..... pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	..... pieczęć, nr i podpis lekarza	<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	..... pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	..... pieczęć, nr i podpis lekarza	<input type="checkbox"/>	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