

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

.....r.
miejsowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” (zadanie C3 i C4)
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Stwierdza się, że schorzenie/niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym

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:

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza specjalisty