

Pieczęć placówki ochrony zdrowia  
lub praktyki lekarskiej

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

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem opatrzonym pieczęcią**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz  inna, jaka:Aktualny stan procesu chorobowego:  stabilny  niestabilny,Aktualny stan chorobowy stabilny na okres trzech lat:  tak,  nie

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

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

(miejsowość )

(data)

.....  
podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ