

.....
Pieczęć placówki ochrony zdrowia
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 wyluszczeniem 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 wyluszczeniem 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

(miejscowość)

(data)

.....

podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ