......................................................... ………………………………….

*Stempel zakładu opieki zdrowotnej (miejscowość i data)*

*lub praktyki lekarskiej*

# 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 i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacja w zakresie ręki | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja na poziomie podudzia | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym | pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
| **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka:  ............................................................................................................................................................................................ | | |
| **Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilnyniestabilny  **Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:  ......................................................................................................................................................................................  ……………….................................................................................................................................................................. | | |

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

*(miejscowość i data ) (pieczątka, nr i podpis lekarza)*