

.....  
**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
praktyki lekarskiej

....., **dnia** lub

### 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 pieczętą**):

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

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:

.....  
.....

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętą, nr\_ i podpis lekarza specjalisty