

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
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 Pacjenta: \_\_\_\_\_
3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny: .....  
.....  
oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....  
.....

4. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

**(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak lub amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia, w tym z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda, w tym z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna amputacja, jaka .....	pieczętka, nr 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 zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne:** .....

Miejscowość: ....., dnia: .....

pieczętka, nr i podpis lekarza