

.....
 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"/>	Kończyna górna lewa, po amputacji w zakresie: <input type="checkbox"/> ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia lub wyluszczenia w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Kończyna górna prawa, po amputacji w zakresie: <input type="checkbox"/> ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia lub wyluszczenia w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Kończyna dolna lewa, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie stopy lub podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda lub wyluszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Kończyna dolna prawa, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie stopy lub podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda lub wyluszczeniu 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