

.....  
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

## 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 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"/>	<b>Kończyna górna lewa</b> , po amputacji w zakresie: <input type="checkbox"/> ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia lub wyłuszczenia w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Kończyna górna prawa</b> , po amputacji w zakresie: <input type="checkbox"/> ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia lub wyłuszczenia w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Kończyna dolna lewa</b> , 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 wyłuszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Kończyna dolna prawa</b> , 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 wyłuszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inna amputacja, jaka: ..... Wrodzony brak: .....	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