

.....  
 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 pieczętą):**

<input type="checkbox"/>	<b>Kończyna górna lewa, po amputacji w zakresie:</b> <input type="checkbox"/> ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia lub wyłuszczenia w stawie barkowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Kończyna górna prawa, po amputacji w zakresie:</b> <input type="checkbox"/> ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia lub wyłuszczenia w stawie barkowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Kończyna dolna lewa, po amputacji:</b> <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	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Kończyna dolna prawa, po amputacji:</b> <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	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> inna amputacja, jaka: ..... <input type="checkbox"/> wrodzony brak: .....	pieczętąka, 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: .....

pieczętąka, nr i podpis lekarza