

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę potwierdzić podpisem i pieczętką):

Amputacja w zakresie ręki	pieczętka i podpis lekarza
Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka i podpis lekarza
Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka i podpis lekarza
Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka i podpis lekarza
Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka i podpis lekarza
Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka i podpis lekarza
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka	
Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:	

....., dnia
 (miejsowość)

.....
 pieczętka, nr pwz i podpis lekarza