

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
(miejsowość i data)

**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. Data i miejsce urodzenia .....
3. Adres zamieszkania .....
4. Numer PESEL .....
5. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczęcią*):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczęć, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczęć, nr i podpis lekarza
<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: ..... ..... .....		

**Aktualny stan procesu chorobowego:**     stabilny     niestabilny

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

.....

.....

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczętka, nr i podpis lekarza)