

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

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

.....  
(miejscowość i data)

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