

.....
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
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:	
.....	
.....	

.....
(miejscowość i data)

.....
(pieczęć, nr i podpis lekarza)