

## 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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

|                          |                                                                 |                                       |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki                                       | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia                              | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia                                  | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)          | pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym     | pieczętka, <b>nr</b> 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 zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza