

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne lub sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

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

☐	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: ☐ 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 i podpis lekarza