

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
(proszę 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 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

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:

miejsceowość: dnia

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty