……
Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej **.....,dnia ……r.**

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 pieczątką):

☐	Amputacja w zakresie ręki	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja na poziomie podudzia	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczątka, **nr** i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczątka, **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:

……

……, dnia …… ……
(miejscowość) **(data)** **pieczątka, nr i podpis lekarza**