

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

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. Pacjent po amputacji: (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ramienia lub wyłuszczeniu w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	na poziomie stopy lub podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	uda lub wyłuszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
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:		

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza