......................................................... .............................., dnia ……………………..

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE lekarza specjalisty wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczątką):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | w zakresie ręki | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | przedramienia  | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | ramienia lub wyłuszczeniu w stawie barkowym | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | na poziomie stopy lub podudzia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | uda lub wyłuszczeniu 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