

....., dnia .....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. Adres Pacjenta .....

3. PESEL .....

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że  
niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	Pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	Pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłączeniem w stawie barkowym	Pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	Pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	Pieczętka, <b>nr</b> i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłączeniem w stawie biodrowym	Pieczętka, <b>nr</b> 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)

.....  
pieczętka nr i podpis lekarza

[Wpisz tekst]