...., dnia .....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Na podstawie dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

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

.....

.....
Pieczątka, nr i podpis lekarza