

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” C3

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wyłuszczenie w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja kończyny górnej prawej <input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/>	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja kończyny dolnej prawej <input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/>	pieczętka, 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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza