



<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 .....

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza