

.....
 Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 pieczętą):

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

.....
 pieczętą, nr i podpis lekarz