

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedramienia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ramienia lub wyłuszczeniu w stawie barkowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	na poziomie podudzia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	uda lub wyłuszczeniu w stawie biodrowym	pieczętąka, 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)

.....
 pieczętąka, nr i podpis lekarza