

....., dnia .....

**Pieczęć** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty

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:

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty