

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

1. Imię i nazwisko .....
2. PESEL .....
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza