

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

.....r.  
 miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (zadanie C3 i C4)  
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL
3. Stwierdza się, że schorzenie/niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole** ):

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki                                       |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia                              |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie stopy lub podudzia                        |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)          |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym     |

**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