

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

– lekarza specjalisty o specjalizacji związanej z rodzajem niepełnosprawności

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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy**
(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

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

Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:	
Pacjent wymaga protezy na: <input type="checkbox"/> III poziomie jakości <input type="checkbox"/> IV poziomie jakości <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Pacjent wymaga dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy	
kończyny: <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, w jakim zakresie:	
Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny	
Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:	
.....	

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza)