

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

(proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

☐	Aмпutacja w zakresie ręki	pieczętąka, nr i podpis lekarza
☐	Aмпutacja w zakresie przedramienia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
☐	Aмпutacja w zakresie ramienia lub wyluszczenie w stawie barkowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
☐	Aмпutacja na poziomie stopy lub podudzia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
☐	Aмпutacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
☐	Aмпutacja w zakresie uda lub wyluszczenie w stawie biodrowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza

Przyczyna amputacji kończyny: ☐ uraz ☐ inna, jaka:

Pacjent wymaga nowej protezy na: ☐ III poziomie jakości ☐ IV poziomie jakości ☐ nie wymaga

Pacjent wymaga dofinansowania kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny:

☐ nie dotyczy ☐ nie ☐ tak, w jakim zakresie:
.....

Aktualny stan procesu chorobowego: ☐ stabilny ☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatwienia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:
.....
.....

miejsce: dnia

.....
pieczętąka, nr i podpis lekarza