

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu
„Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Data i miejsce urodzenia
3. Adres zamieszkania
4. Numer PESEL
5. Stwierdza się, że 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 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: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: | |
| 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: | |