

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarza specjalisty o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego 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 pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia lub wyłuszczenie w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie stopy lub 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 w zakresie uda lub wyłuszczenie w stawie biodrowym	pieczętka, 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 zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....
.....

miejsowość: dnia

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza