

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”
(C3)

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Adres zamieszkania:
4. **Pacjent po amputacji:** (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

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

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:.....
.....

....., dnia

.....

pieczęćka, nr i podpis lekarza specjalisty