

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
 (Lekarz specjalista – od narządu ruchu)

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

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

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

Prosimy o wypełnienie także drugiej strony

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

(miejsowość)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty

UWAGA!

1. W przypadku braku pieczęci lub podpisu lekarza w rubrykach do tego przeznaczonych, a także danych w poszczególnych rubrykach zaświadczenia, zaświadczenie zostanie zwrócone Wnioskodawcy celem uzupełnienia.
2. W przypadku dokonywania skreśleń i poprawek w zaświadczeniu, należy potwierdzić ten fakt czytelnym podpisem i pieczęcią osoby dokonującej skreśleń i poprawek.