

program finansowany ze środków PFRON

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

....., dnia

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”  
 - **prosimy 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**):

<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:**  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)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza specjalisty