



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 pieczętką**):

<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