

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

.....
Miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta
w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach programu
„Aktywny samorząd”
prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania 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: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka:		
Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny		
Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne :		
pieczętą, nr i podpis lekarza		