

.....
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

2. Pesel

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

| | | |
|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka | | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny | | Pieczętka, nr i podpis lekarza |
| Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne : | | Pieczętka, nr i podpis lekarza |