

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

.....  
Miejscowość i data)

.....  
Pieczętka i podpis lekarza specjalisty