

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju  
niepełnosprawności

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. Używane przez pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne .....
4. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy *(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)*:

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętąka, nr i podpis lekarza

**Przyczyna amputacji kończyny:**  uraz  inna, jaka:

.....

**Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilny  niestabilny

**Czy Wnioskodawca po zaopatrzeniu w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne będzie nadal zdolny do pracy:**

tak  nie, dlaczego?

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

(miejsowość)

(data)

.....  
 pieczętąka, nr i podpis lekarza