

.....  
**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 pieczętą**):

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

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

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr. i podpis lekarza

Pouczenie: Zaświadczenie nie może być wystawione wcześniej niż 120 dni przed złożeniem wniosku jest ważne