

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

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku przez lekarza specjalistę o pomoc 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 pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

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

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 specjalisty)