

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

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
WYDANE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ**

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

**- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

Obszar C

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL.....
3. Pacjent po amputacji: proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką:

	Amputacja w zakresie ręki	pieczętąka i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętąka i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	pieczętąka i podpis lekarza
	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętąka i podpis lekarza
	Amputacja na wysokości uda	pieczętąka i podpis lekarza
	Amputacja na wysokości uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym	pieczętąka 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 .....

.....

*Podpis i pieczętąka lekarza*

