

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA<sup>1</sup>**

w związku z ubieganiem się osoby niepełnosprawnej o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim* –**1. Imię i nazwisko Pacjenta .....**PESEL **2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):**

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	
Przyczyna amputacji kończyny: <input type="checkbox"/> uraz <input type="checkbox"/> inna, jaka: .....		
Aktualny stan procesu chorobowego: <input type="checkbox"/> stabilny <input type="checkbox"/> niestabilny		
Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne: .....		
		pieczętka, nr i podpis lekarza

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta