

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

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**Wydane przez lekarza specjalistę 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. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr 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 na 120 dni przed dniem złożenia wniosku.