

Załącznik nr 3 do formularza wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” –  
**Moduł I Obszar C Zadanie nr 4**

.....

....., dnia

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**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**):

	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
	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 .....

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr\_ i podpis lekarza