

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

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

....., dnia

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 pieczętką**):

	Amputacja w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem 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 wyłuszczeniem 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