

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu

„Aktywny samorząd” (C3)

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. **Pacjent po amputacji:** (proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

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