

Należy wypełnić w przypadku wniosku dot. dofinansowania zakupu protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” (C3)

- 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):

4.

☐	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		

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty