

.....  
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. Rozpoznanie chorobowe: .....

3. PESEL

4. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Amputacja/wada wrodzona* w zakresie ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wada wrodzona* w zakresie przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wada wrodzona* w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wada wrodzona* na poziomie podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wada wrodzona* na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja/wada wrodzona* 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:

\*niepotrzebne skreślić

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

.....  
miejscowość

.....

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza