

**Załącznik – dotyczy formularzy wniosków – Moduł I Obszar C
Zadanie nr 3 i 4**

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

.....
(data, i miejscowość)

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):

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

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Urodzenie się bez kończyny.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Urodzenie się bez części kończyny.....	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:

.....

.....

Ocena zdolności do pracy w wyniku otrzymania pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

.....

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr_ i podpis lekarza