

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

lekarza specjalisty

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł I

Obszar C zadanie 3

Obszar C zadanie 4

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. 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 wyluszczeniu 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 wyluszczeniu 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
(miejscowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza