

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 pieczętą**):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w obrębie ręki	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w obrębie przedramienia	Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w obrębie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	Pieczętka, nr i podpis lekarza

*Załącznik 3h do formularza w ramach programu „Aktywny samorząd”  
- zaświadczenie lekarskie*

<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	
		Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie uda (także staw kolanowy)	
		Pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Amputacja w obrębie 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:  
.....

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

\*W przypadku pomyłki proszę o poprawienie jej poprzez przekreślenie i podpisanie się obok