

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Zadanie C3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości

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

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## 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 pieczętą):

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

(miejsowość)

(data)

.....  
pieczęćka, nr i podpis lekarza