Załącznik nr 2 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 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 pieczątką):

☐	Amputacji w zakresie ręki	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacji w zakresie przedramienia	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacji w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacji na poziomie podudzia	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacji na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	pieczątka, 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)

……

pieczątka, nr i podpis lekarza