

.....
Pieczęć 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 pieczęcią**):

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

.....
pieczęć, nr i podpis lekarz

Uwaga: Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku do Powiatu Jasielskiego / PCPR w Jaśle