Załącznik nr 5 do formularza wniosku – dotyczy formularzy wniosków -
Moduł I Obszar C Zadanie nr 3 i 4

…… ……..……dnia,……..…
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(wystawione przez lekarza specjalistę)
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 pieczątką***):

☐	Amputacja w zakresie ręki	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja w zakresie ramienia lub wyłuszczenie w stawie barkowym	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia	pieczątka, nr i podpis lekarza
☐	Amputacja 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 specjalisty