Załącznik nr 2 do formularza wniosku- dotyczy formularzy wniosków- **Moduł I Obszar C Zadanie 4**

…… ……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Miejscowość i data

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 pieczątką):

	Amputacja w zakresie ręki	pieczątka, nr i podpis lekarza
	Amputacja w zakresie przedramienia	pieczątka, nr i podpis lekarza
	Amputacje w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	pieczątka, nr i podpis lekarza
	Amputacja na poziomie 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