*Załącznik do formularza wniosku –* ***Moduł I Obszar C Zadanie nr 3 i 4***

.........................................................

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej .............................., dnia ………..

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 pieczątką****):*

* Amputacja w zakresie ręki

pieczątka, **nr** i podpis lekarza

* Amputacja w zakresie przedramienia
* Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym

pieczątka, **nr** i podpis lekarza

pieczątka, **nr** i podpis lekarza

* Amputacja na poziomie podudzia

Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)



* Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym

pieczątka, **nr** i podpis lekarza

pieczątka, **nr** i podpis lekarza

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