



pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

obszar C zadanie 3

obszar C zadanie 4

*Zaświadczenie wypełnia lekarz. Prosimy o czytelne wypełnienie, wyłącznie w języku polskim.***1. Dane pacjenta**

Imię i nazwisko		PESEL	
-----------------	--	-------	--

2. Opis dysfunkcji narządu ruchu (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej)

Przyczyna amputacji kończyny	X	Data	Pieczętka, numer i podpis lekarza
uraz			
inna (jaka?)			

Pacjent po amputacji

w zakresie ręki		w zakresie przedramienia		w zakresie ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	
na poziomie podudzia		na wysokości uda (także przez staw kolanowy)		w zakresie uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym	
Data		Pieczętka, numer i podpis lekarza			

Aktualny stan procesu chorobowego

stabilny		niestabilny	
----------	--	-------------	--

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

--	--	--	--

Data		Pieczętka, numer i podpis lekarza	
------	--	-----------------------------------	--