
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”

obszar C zadanie 3, obszar C zadanie 4

Zaświadczenie wypełnia lekarz specjalista. Prosimy o czytelne wypełnienie.

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Opis dysfunkcji narządu ruchu (na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej)

Przyczyna amputacji kończyny:

☐ uraz

☐ inna (jaka?) _____

Amputacja lub wrodzony brak kończyny:

☐ w zakresie ręki

☐ w zakresie przedramienia

☐ w zakresie ramienia lub wyłuszczeniu w stawie barkowym

☐ na poziomie stopy lub podudzia

☐ na wysokości uda (także przez staw kolanowy)

☐ w zakresie uda lub wyłuszczeniu w stawie biodrowym

Aktualny stan procesu chorobowego:

☐ stabilny

☐ niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: _____

Data, pieczęć, numer i podpis lekarza _____