
pieczęć 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 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 _____