**Załącznik nr 13**

**program „Aktywny samorząd"**

**Moduł I Obszar C Zadanie nr 3 i 4**

…………………………………………………

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta ……………………………………………………………………
2. PESEL □□□□□□□□□□□
3. Na podstawie dokumentacji medycznej stwierdzam, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacja w zakresie ręki | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem  w stawie barkowym | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja na poziomie podudzia | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda (także staw kolanowy) | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym |  |
| **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 pieczątka i podpis lekarza specjalisty