

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): .....  
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:  
.....  
.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że zakres amputacji kończyn/y dotyczy  
(*proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

<input type="checkbox"/>	ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia .....  
(miejscowość) (data)

.....  
pieczętka, nr i podpis lekarza