

.....

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):

☐	ręki	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	przedramienia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	podudzia	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza