

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

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

Moduł I Obszar C zadanie 3 lub 4

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

4. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy

Proszę zaznaczyć znakiem „X” we właściwym kwadracie.

**W kolumnie liczba zaznaczeń należy wpisać liczbę zaznaczonych znaków „X”
w danym punkcie oraz należy obok podbić pieczętkę oraz podpisać**

Lp.	WYSZCZEGÓLNIENIE U PACJENTA WYSTĘPUJE	LICZBA ZAZNACZEŃ w kolumnie B *	PIECZĄTKA, NR I PODPIS LEKARZA
A	B	C	D
1).	Wrodzony brak lub amputacja kończyny		
1).1.	górnej		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej	<input type="checkbox"/>	
1).1.a	Na wysokości:		
	<input type="checkbox"/> w obrębie ręki	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> przedramienia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	<input type="checkbox"/>	
1).2.	dolnej		
	<input type="checkbox"/> lewej <input type="checkbox"/> prawej	<input type="checkbox"/>	
2).2.a	Na wysokości:		
	<input type="checkbox"/> stopy lub podudzia	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> uda (także przez staw kolanowy)	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	<input type="checkbox"/>	

* - należy pisać liczbę zaznaczonych pól w danym punkcie

5. **Przyczyna amputacji kończyny**

uraz

inna, jaka:

6. **Aktualny stan procesu chorobowego:**

stabilny

niestabilny

7. **Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne

Miejscowość:

Data wystawienia:

.....
*pieczęć numer i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie*