

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwie pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki.	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia.	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym.	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia.	
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy).	
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym.	

Pieczętka, nr i podpis lekarza

Przyczyny amputacji kończyny:

uraz inna, jaka:

Przyczyny amputacji kończyny:

stabilna niestabilna

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....
.....
.....
.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza