Załącznik nr 6 do zasad rozpatrywania wniosków w ramach programu „Aktywny samorząd” - Moduł I Obszar C3-C4

.....
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 raz potwierdzić podpisem i pieczątką):

☐	Amputacja w zakresie ręki.	
☐	Amputacja w zakresie przedramienia.	
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym.	
☐	Amputacja na poziomie stopy lub podudzia.	
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy).	
☐	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym.	Pieczątka, 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:

……..……..……..……..
……
……
……
……

Pieczątka, nr i podpis lekarza