#  Załącznik nr 7 do wniosku w ramach

#  pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – Obszar C3 i C4

Stempel zakładu opieki zdrowotnej **…………….…….............,** dnia **……….…**

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 ……........................................................................................

 PESEL

1. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania**  stwierdza się,
że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacja w zakresie ręki | pieczątkai podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia  | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja na poziomie podudzia | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)  | pieczątka i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym  | pieczątka i podpis lekarza |
|  **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka: ............................................................................................................................................................................................ |
| **Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilnyniestabilny**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:............................................................................................................................................................................................ |

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

 pieczątka, nr i podpis lekarza