# 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