

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Data urodzenia ..... PESEL .....

Miejsce zamieszkania, .....  
( miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:  
(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	<i>pieczętą, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	<i>pieczętą, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym	<i>pieczętą, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	<i>pieczętą, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	<i>pieczętą, nr i podpis lekarza</i>
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym	<i>pieczętą, nr i podpis lekarza</i>

Przyczyna amputacji kończyny:  uraz  inna, jaka: .....

Aktualny stan procesu chorobowego:  stabilny  niestabilny

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

....., dnia .....  
( Miejscowość )

.....  
pieczętą, nr i podpis lekarza specjalisty