

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 pieczęcią):

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

.....
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty