Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

……
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE LEKARZA SPECJALISTY
(wydane dla potrzeb PFRON- pilotażowy program „Aktywny samorząd")

Imię i nazwisko Pacjenta ……

Data Urodzenia …… PESEL ……

Miejsce zamieszkania ……

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:
(należy wpisać znak X w odpowiednie pola ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczątką):

☐	Amputacja w zakresie ręki	*pieczątka, nr i podpis lekarza*
☐	Amputacja w zakresie przedramienia	*pieczątka, nr i podpis lekarza*
☐	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	*pieczątka, nr i podpis lekarza*
☐	Amputacja na poziomie podudzia	*pieczątka, nr i podpis lekarza*
☐	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	*pieczątka, nr i podpis lekarza*
☐	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	*pieczątka, nr i podpis lekarza*

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) (data)

……
pieczątka, nr i podpis lekarza specjalisty