



.....
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 pieczętą):

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

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty