załącznika nr 2a do formularza wniosku – dotyczy formularzy wniosków – ***Moduł I Obszar C Zadanie nr 3 i 4***

……

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (***proszę zakreślić właściwe pole ☐ 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