

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” – obszar C zadanie nr 3 i nr 4

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

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 pieczętą):

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

4. Ponadto – na podstawie zgromadzonej dokumentacji **stwierdza się, że:**

Zaopatrzenie:	<input type="checkbox"/> lewostronne	<input type="checkbox"/> prawostronne
Przyczyna amputacji kończyny:	<input type="checkbox"/> uraz	<input type="checkbox"/> inna, jaka:
.....		
.....		
.....		
Aktualny stan procesu chorobowego:	<input type="checkbox"/> stabilny	<input type="checkbox"/> niestabilny
Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę/ udzielenia pomocy w utrzymaniu sprawności technicznej protezy, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:		
.....		
.....		
.....		

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza

Zaświadczenie musi zostać wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności!

wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku