

Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie w ramach 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 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:**

lewostronne

prawostronne

**Przyczyna amputacji kończyny:**

uraz

inna, jaka:

**Aktualny stan procesu chorobowego:**

stabilny

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