

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że zakres amputacji kończyn/y dotyczy
(*proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką*):

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

....., dnia

(miejscowość)

(data)

pieczętka, nr i podpis lekarza