

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Adres zamieszkania: .....
3. PESEL: .....
4. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

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

(**miejsowość**)

(**data**)

**pieczętka, nr i podpis lekarza**