__Załącznik nr 3e__ do formularza wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” –
Moduł I Obszar C Zadanie nr 3 i 4

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

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wystawione przez lekarza specjalistę, prowadzącego Pacjenta
wydane dla potrzeb MOPS - 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 wystawiającego zaświadczenie