

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

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MCPR w Zamościu celem ubiegania się o dofinansowanie PFRON  
 w ramach programu „Aktywny samorząd”

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

<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ręki	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie przedramienia	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja na poziomie podudzia	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ
<input type="checkbox"/>	Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym	podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ

**Przyczyna amputacji kończyny:**  uraz,  inna, jaka:

.....

**Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilny,  niestabilny,

**Aktualny stan chorobowy stabilny** na okres trzech lat:  tak,  nie

**Ocena zdolności do pracy** w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

.....

**Data/podpis opatrzony pieczęcią z nr PWZ**