

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

....., dnia

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