

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

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

	Amputacja w zakresie ręki
	Amputacja w zakresie przedramienia
	Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym
	Amputacja na poziomie podudzia
	Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
	Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym

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 i data)

pieczętka, i podpis lekarza specjalisty o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

