

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 pieczętą**):

	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 .....

(miejsowość i data)

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