

Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. **Imię i nazwisko Pacjenta** .....

2. **PESEL**

3. **Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy**  
(proszę zakreślić właściwe pole  oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):

<input type="checkbox"/>	<b>Amputacja w zakresie ręki</b>	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Amputacja w zakresie przedramienia</b>	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym</b>	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Amputacja na poziomie podudzia</b>	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy)</b>	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	<b>Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym</b>	pieczętą, 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

pieczętą, nr i podpis lekarza specjalisty

