

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

<b>Przyczyna amputacji kończyny:</b> uraz                      inna, jaka: .....
<b>Aktualny stan procesu chorobowego:</b> stabilny                      niestabilny
<b>Ocena zdolności do pracy</b> 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