

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

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....
.....

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

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

.....
.....

.....
pieczętą, nr_ i podpis lekarza