

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

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. Data urodzenia PESEL

3. Adres zamieszkania

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

.....
.....

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

.....
.....

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

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

.....
pieczętka, nr_ i podpis lekarza