*Załącznik nr 29 do Zarządzenia nr 12.2019*

*Dyrektora PCPR w Olkuszu z dnia 26.03.2019r.   
 do wniosku w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

*Moduł I .Obszar C. Zadanie nr 3*

.........................................................

Stempelzakładu opieki zdrowotnej  
 lub praktyki lekarskiej

# ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

- ***prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim***

1. Imię i nazwisko Pacjenta .................................................................................................................................
2. PESEL
3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacja w zakresie ręki | pieczątka, nr  podpis lekarza  pieczątka, **nr**  i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia |
|  | Amputacja w zakresie ramienia z wyłuszczeniem w stawie barkowym |
|  | Amputacja na poziomie podudzia |
|  | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) |
|  | Amputacja w zakresie uda z wyłuszczeniem w stawie biodrowym |
| **Przyczyna amputacji kończyny**: urazinna, jaka:  ............................................................................................................................................................................................ | | |
| **Aktualny stan procesu chorobowego:**  stabilnyniestabilny | | |

........................................, dnia ..............

(**miejscowość** )