*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 lekarzapieczątka, **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** )