*Załącznik nr 5e dotyczący dofinansowania w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”*

Obszar C Zadanie 3, Zadanie 4

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

**Stempel** zakładu opieki zdrowotnej **.............................., dnia**

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. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis): ………..................................................................................... .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4**. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej** stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

(***proszę zakreślić  właściwe pole*** ***oraz potwierdzić podpisem i pieczątką****):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Amputacja w zakresie ręki | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja w zakresie ramienia i wyłuszczenia w stawie barkowym | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja na poziomie podudzia | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda | pieczątka, nr i podpis lekarza |
|  | Amputacja na wysokości uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym | pieczątka, nr i podpis lekarza |

6.