

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

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

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. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole x oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych
	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej
	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....
	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....
	Inne schorzenia:.....

Następstwem schorzeń wnioskodawcy, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu

Tak / Nie

....., dnia

(miejscowość i data)

.....
pieczętka, i podpis lekarza specjalisty o specjalności adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności