

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko Pacjenta

.....

2. PESEL:

3. Pacjent posiada dysfunkcję narządu:

- tak
- nie

4. Występująca u Pacjenta dysfunkcja narządu ruchu jest konsekwencją schorzeń o charakterze:

- neurologicznym (10-N)
- całościowych zaburzeń rozwojowych (12-C)
- innych (jakich):.....
.....

i nie stanowi podstawy wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

- tak
- nie

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność ruchowa Pacjenta dotyczy:

- kończyny dolnej
- kończyny górnej
- kończyn dolnych
- kończyn górnych
- inne (jakie):.....
.....

....., dnia

(miejscowość i data)

.....

(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)