

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Wypełnia się w przypadku, gdy przyczyna niepełnosprawności jest inna, niż dysfunkcja narządu ruchu
 - **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. Adres zamieszkania:
3. PESEL
4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
-

5. Pacjent **nie posiada** **posiada** dysfunkcję charakteryzującą się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu: (**proszę zakreślić właściwe pole**).
- wykluczającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego
 - znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego
 - nie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego

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

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak jednej kończyny <input type="checkbox"/> górnej <input type="checkbox"/> dolnej na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza