

.....  
**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. **(Proszę zakreślić właściwe pole  w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu  
ruchu, która nie jest przyczyną wydania orzeczenia )**

- dysfunkcja narządu ruchu jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta,
- dysfunkcja narządu ruchu nie jest następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ważnego i posiadanego przez Pacjenta

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

<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