

.....
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

☐	Brak jednej kończyny ☐ górnej ☐ dolnej na wysokości/od:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza
☐	Inne schorzenia:.....	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza