

.....  
**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<br>i obu kończyn dolnych       | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej<br>i obu kończyn dolnych    | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej<br>i obu kończyn górnych    | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej<br>i jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |

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

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

(miejsowość)

(data)

.....

pieczętka, nr i podpis lekarza