

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej (miejsowość)
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

/dotyczy osób niepełnosprawnych w znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, u których schorzenie narządu ruchu nie jest podstawą wydania orzeczenia o niepełnosprawności/
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Symbol przyczyny niepełnosprawności wskazany w orzeczeniu o niepełnosprawności:
.....
4. Stwierdza się, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia o niepełnosprawności jest dysfunkcja narządu ruchu:

TAK

NIE

..... dnia

(miejsowość) (pieczętka i podpis lekarza specjalisty)