

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

(miejscowość)

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

(miejscowość)

(pieczętka i podpis lekarza specjalisty)