

.....
 Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
 (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)
NARZĄD RUCHU

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):

4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:.....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania 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"/>	Brak obu kończyn górnych, 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"/>	Dysfunkcja charakteryzująca się znacznie obniżoną sprawnością ruchową w zakresie obu kończyn górnych wynikających ze schorzenia o różnej etiologii: <input type="checkbox"/> choroby neuromięśniowe <input type="checkbox"/> porażenie mózgowe <input type="checkbox"/> inne	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia (opisać czym się objawiają):	pieczętka, nr i podpis lekarza

....., dnia
 (miejscowość)

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza