

.....  
 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. Osoba niepełnosprawna do:  16 roku życia  powyżej 16 roku życia

4. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis).....

5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy **(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą)**:

Pacjent posiada obniżoną sprawność ruchową w zakresie obu kończyn górnych w stopniu:		
<input type="checkbox"/>	znacznie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	
<input type="checkbox"/>	nie utrudniającym korzystanie ze standardowego sprzętu elektronicznego	
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak jednej kończyny <input type="checkbox"/> górnej <input type="checkbox"/> dolnej na wysokości/od:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętą, nr i podpis lekarza

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

(miejsowość)

(data)

.....  
 pieczętą, nr i podpis lekarza