

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju
niepełnosprawności

***(należy wypełnić w przypadku, gdy posiadana dysfunkcja narządu ruchu
nie jest przyczyną wydania orzeczenia (inny symbol niż 05-R))***

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania orzeczenia
jest dysfunkcja narządu ruchu:

TAK **NIE**

Uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....

.....

pieczętka i podpis lekarza