

.....

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE****(należy wypełnić w przypadku, dysfunkcji przynajmniej obu kończyn górnych
- lekarz specjalista o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności)****(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy:

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych (obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii, m.in. porażenia mózgowie, choroby neuromięśniowe)	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Wrodzony brak obu kończyn górnych, lub amputacja obu kończyn górnych (co najmniej w obrębie przedramienia) na wysokości/od:	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:	pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:	pieczętka i podpis lekarza