

....., dnia
(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej) (miejscowość) (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

-prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

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 stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole ☐ oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

☐	Brak obu kończyn górnych (wrodzony lub w wyniku amputacji) – co najmniej w obrębie przedramienia	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty
☐	Znacznie obniżona sprawność ruchowa w zakresie obu kończyn górnych, objawiająca się..... Wynikająca ze schorzeń o różnej etiologii (jakich?):.....	Pieczętka i podpis lekarza specjalisty

....., dnia
(miejscowość) (data) (pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)

*Zaświadczenie powinno być wystawione przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.