

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dn.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

.....

2. Pacjent może / nie może* poruszać się na wózku inwalidzkim.

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole

<input type="checkbox"/>	Narząd ruchu, w zakresie:	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn dolnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn górnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Narząd słuchu – ubytek słuchu na poziomie od 90 decybeli wzwyż	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Narząd wzroku – ubytek wzroku na poziomie powyżej +, - 10,00 dptr	Pieczętka i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia	Pieczętka i podpis lekarza

*- o ile dotyczy – niepotrzebne skreślić