

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

.....dnia.....

Zaświadczenie lekarskie

Lekarza 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

Imię i Nazwisko Pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Opis schorzenia potwierdzającego, iż następstwem schorzeń, stanowiącym podstawę wydania orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu (właściwe zaznaczyć):

TAK

NIE

Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty)