

.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., **dnia**

lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

- *prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim*

1. Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

2. Pacjent posiada dysfunkcję narządu ruchu:

tak

(pieczętka, nr i podpis lekarza)

nie

(pieczętka, nr i podpis lekarza)

3. Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy) o charakterze jakim ?
(neurologicznym 10-N, całościowych zaburzeń rozwojowych 12-C, innych (jakich?))

Podać symbol

4. Pacjent z uwagi na stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu wymaga oprzyrządowania samochodu, w tym dostosowania do indywidualnych potrzeb związanych z rodzajem niepełnosprawności lub wyposażenia samochodu, które umożliwi użytkowanie samochodu przez osobę z niepełnosprawnością - dysfunkcją narządu ruchu lub przewożenie samochodem osoby z niepełnosprawnością

tak

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

nie

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)