.....

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 …… (pieczątka, nr i podpis lekarza)

☐ nie ……. (pieczątka, nr i podpis lekarza)

3. Następstwem schorzeń, stanowiących podstawę wydania posiadanego orzeczenia Pacjenta jest dysfunkcja narządu ruchu (o ile dotyczy) o charakterze: …….
(np. 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) …… (pieczątka i podpis lekarza)

☐ nie ……. (data) …… (pieczątka i podpis lekarza)