

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

.....  
Miejscowość, data

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA<sup>1</sup>

w przypadku osób niepełnosprawnych z dysfunkcją narządu ruchu, która nie jest przyczyną wydania  
orzeczenia o niepełnosprawności

- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim -

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

2. Rodzaj niepełnosprawności Pacjenta:

choroby neurologiczne 10-N

(opis)

.....  
.....

całościowe zaburzenia rozwojowe 12-C

(opis)

.....  
.....

3. Czy następstwem schorzeń (o charakterze neurologicznym – symbol orzeczenia: **10-N** lub całościowych zaburzeń rozwojowych – symbol orzeczenia: **12-C**) stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu?

nie

tak

(opis)

.....  
.....

.....  
(miejscowość i data)

.....  
pieczętka, nr i podpis

<sup>1</sup> Zaświadczenie wystawia lekarz specjalista o specjalności związanej z rodzajem niepełnosprawności Pacjenta