



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

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

....., **dnia** .....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że następstwem schorzeń, stanowiących podstawę orzeczenia jest dysfunkcja narządu ruchu

tak

nie

....., dnia .....

(**miejsowość**)

(**data**)

.....

**pieczętka, nr i podpis lekarza**