



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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

....., **dnia**

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYSTAWIONE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTE

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**)

.....

pieczęćka, nr i podpis lekarza