

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

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane dla potrzeb PFRON – program „PEGAZ 2003”
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko pacjenta

Data urodzenia

1. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

Pacjent może/nie może* poruszać się na wózku inwalidzkim o napędzie ręcznym.

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole**):

	narząd ruchu, w zakresie:	pieczętka i podpis lekarza
	brak obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
	znaczny niedowład obu kończyn górnych	pieczętka i podpis lekarza
	jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej	pieczętka i podpis lekarza
	jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych	pieczętka i podpis lekarza
	jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych	pieczętka i podpis lekarza
	narząd słuchu – ubytek słuchu na poziomie od 90 decybeli wzwyż	pieczętka i podpis lekarza
	inne schorzenia	pieczętka i podpis lekarza

* o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić