

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

potwierdzające jednostkę chorobową dotyczącą narządu ruchu

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

---

### Rozpoznanie

Dysfunkcji narządu ruchu dotyczy chorób przeciążeniowych narządu ruchu, zmian zwyrodnieniowych stawów, w tym po leczeniu operacyjnym, zespołów bólowych kręgosłupa, w tym po leczeniu operacyjnym, amputacji.

### Klasyfikacja:

- M00- M25, M60-M63, M72, M75, M76, M81, M84, M87, M89
- G55, M45-M54
- S12, S22-S23, S32, S42, S52, S72, S82, S83, T90-T94

---

### Dodatkowe informacje:

Stan funkcjonalny pozwalający na pionizację i przemieszczanie się.  
Brak bezwzględnych przeciwwskazań do wysiłku fizycznego.

---

### Uwagi:

.....  
.....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza