

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty jego wystawienia

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....
miejsowość

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

Kod pocztowy Gmina

Numer PESEL Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących
POTWIERDZONYCH AKTUALNYMI WYNIKAMI BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas, trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowanie (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i i rehabilitacja:

.....
.....

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

.....
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (**należy załączyć do zaświadczenia**):

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych **załączonych do zaświadczenia**:

.....
8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? TAK – NIE *

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? podać rok

10. Od kiedy pacjenta pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? podać rok

11. W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na **niemożność** samodzielnej egzystencji ? TAK – NIE

12. W/w pacjent jest **trwale** niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK – NIE

13. Stwierdzam istotne pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim okresie TAK - NIE **

.....
pieczętka i podpis lekarza

* **czytelnie wypełnić wszystkie pozycje !**

** **dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności**