

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

.....
(Miejscowość, data)

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Dokument stwierdzający tożsamość (seria, numer)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) ; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje ; czas trwania pobytu w szpitalu, sanatorium

.....

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (data)

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak/ Nie *

W/w Pan/ i wymaga / nie wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan/ i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak/ Nie *

U w/w Pana/ i nastąpiło / nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

* niepotrzebne skreślić

* zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności