

Uwaga: zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia.

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

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, 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, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

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

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

6. *Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):*

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

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

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

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 w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.*

.....
*Stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie*

* *niepotrzebne skreślić*

** *wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się
o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*