

Miejscowość

Data

(zaświadczenie jest ważne 30 dni od
daty wystawienia)

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

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

Imię i nazwisko dziecka

Data i miejsce urodzenia dziecka

Adres zamieszkania

Wzrost i waga w centylach

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny zdrowia dziecka (w załączniku)

7. W/w dziecko wymaga / nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji
TAK / NIE *

8. W/w dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.
TAK / NIE *

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie