

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data
(zaświadczenie jest ważne 30 dni od
daty wystawienia)

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

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania
Numer i seria dowodu osobistego
PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania pobytu 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 /w załączeniu/
.....
.....
.....

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

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
Tak / Nie*

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? /rok/

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? /rok/.....

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

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić