

.....  
Pieczęta zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....  
Data .....

**Zaświadczenie lekarskie o niemożliwości przybycia  
osoby zainteresowanej na posiedzenie Składu Orzekającego  
w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

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

**Osoba jest niezdolne przybyć na posiedzenie Składu Orzekającego z powodu długotrwałej  
i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej stawiennictwo**

Opis badania fizykalnego:

RR...../....., tętno...../.....

Postawa.....

Skóra i tkanka podskórna.....

Klatka piersiowa (układ oddechowy i krążenia).....

Brzuch (układ pokarmowy, moczowo-płciowy).....

Badanie mięśni, zakresu ruchów kręgosłupa i stawów.....

Wnioski:

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania  
o Niepełnosprawności w Nowym Sączu, w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w trybie zaocznym.

.....  
pieczęta i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie