

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
(proszę wypełnić zaświadczenie czytelnie)

IMIĘ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

NAZWISKO [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Data urodzenia [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Miejsce
dzień – miesiąc – rok

Numer PESEL [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Nr i seria dowodu osobistego (lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość –
podać jaki) Nr [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej potwierdzone aktualnymi wynikami badań
diagnostycznych

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego;
stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenia 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 wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu)

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

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

TAK / NIE *)

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok)?

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok)?

.....

11. Czy pacjent z uwagi na stan zdrowia wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

TAK / NIE *)

12. Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności?

TAK / NIE *)

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

*) *niepotrzebne skreślić*

UWAGA: Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności