

**Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!**

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

Miejscowość

Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dokumentu tożsamości PESEL .../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.....

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 (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 opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie*

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest * :

- zdolny/a
- zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej
- trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu

.....
pieczętka i podpis lekarza

*- niepotrzebne skreślić

