

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... data

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

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

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 i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....
.....

6. Aktualne wyniki badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (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*

Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności
TAK/ NIE*

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

**Jeśli pacjent jest niezdolny do odbycia podróży na posiedzenie, należy załączyć dodatkowe
zaświadczenie lekarskie potwierdzające niemożność wzięcia udziału w posiedzeniu składu
orzekającego, z powodu długotrwałej lub nie rokującej poprawy choroby.**

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić