

Miejscowość.....

Data.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji i numer telefonu.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

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

3. uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu

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

5. ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....

6. używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie
7. wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzonych rozpoznanie (w załączeniu)
8. wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (data)?

od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną

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

TAK/NIE

niepotrzebne skreślić

Czy w okresie od ostatniego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia pacjenta? (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie)

TAK/NIE

niepotrzebne skreślić

Jeśli tak to należy uzasadnić w jakim stopniu i zakresie?

Osoba zainteresowana /dziecko **jest zdolna/e** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Osoba zainteresowana /dziecko **nie jest zdolna/e** do odbycia podróży.
Nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego
z powodu długotrwałej i nierokującej (szybkiej) poprawy choroby.

niepotrzebne skreślić

.....
stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie