

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia*

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Seria i nr dowodu osobistego..... PESEL

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; pobyt w szpitalu, sanatorium

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

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, potwierdzających 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? (data)

.....

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

TAK / NIE**

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji ?

TAK / NIE**

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

TAK / NIE**

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia ?

TAK / NIE**

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia przez lekarza

**niepotrzebne skreślić