.....
miejscowość i data

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(ważne 90 dni od daty wystawienia)

Uwaga: zaświadczenie w całości wypełnia lekarz. W przypadku nanoszenia zmian, wypełnienia danych pacjenta przez inną osobę, lekarz potwierdza ich prawidłowość (pieczątką i podpisem bezpośrednio pod danymi osobowymi).

Imiona i Nazwisko.....

Data urodzenia..... miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Seria i Nr dokumentu tożsamości..... PESEL:.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej uzasadniającej złożenie wniosku

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenie 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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie, stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia

.....

.....

.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

.....

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

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data).....

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta **Tak/Nie**[*]

12. W/w Pan/i **wymaga** / **nie wymaga**[*]/ opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

13. W/w Pan/i jest / **zdolna** / **nie jest zdolna**[*]/ do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności.

14. U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół **Tak/Nie**[*]

15. Korzystanie ze sprzętu ortopedycznego:

☐ **niezbędne** ☐ **wskazane** ☐ **zbędne**.

Opis sprzętu..... ☐ **stale** ☐ **okresowo**

.....

Stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

UWAGA!!!

1. Prosimy o czytelne wypełnianie rubryk.

2. Przy wypełnianiu punktów **7** i **8** bardzo prosimy o dołączanie do zaświadczenia kserokopii wymienionych badań i konsultacji bądź kart informacyjnych.

∗niepotrzebne skreślić