

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

Numer i seria dowodu osobistego

Numer 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 jast trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK/NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić