

**Uwaga : Zaświadczenie jest ważne 3 miesiące od dnia jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza w całości wypełnia tylko 1 lekarz, łącznie z danymi pacjenta
Brak pieczętki poradni lub praktyki lekarskiej oraz pieczętki i podpisu lekarza, a także brak
daty i danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.**

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość, Data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL .../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Adres zamieszkania

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).....

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

Tak / Nie*

Czy u w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia (*dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*)

Tak /Nie*

Czy w/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest *:

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - *należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan*

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

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* *niepotrzebne skreślić*