

**Uwaga : Zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni 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  
(dot. osób przed 16-tym rokiem życia)**

**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 dziecka?

Tak / Nie\*

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

.....

Czy dziecko wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

Tak / Nie\*

Czy u dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? (dotyczy dzieci posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności)

Tak / Nie\*

Czy dziecko 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