

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Data.....

Uwaga! Zaświadczenie jest ważne przez okres 30 dni od daty wystawienia do daty złożenia

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

Numer PESEL

Nr dow. osob. lub innego dok. potwierdzającego tożsamość

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, potwierdzających rozpoznanie i **ZAŁĄCZONYCH** do zaświadczenia (prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, **ZAŁĄCZONYCH** do zaświadczenia:
(prosimy wskazać konkretne dokumenty medyczne stanowiące dowody w sprawie – zapis ogólny pt. historia choroby jest nieprawidłowy)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
TAK /NIE *

Od kiedy Pan/Pani pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)
.....

Czy Pan/Pani wymaga opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?
TAK/ NIE *

Czy Pan/Pani z powodu stanu zdrowia jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego rozpatrującego wniosek o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności? TAK/ NIE *

Czy u ww. Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia TAK/ NIE * (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*niepotrzebne skreślić

W przypadku braku możliwości wypełnienia wszystkich punktów należy wpisać „nie dotyczy” lub „brak danych”