

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Adres zamieszkania
PESEL.....
Nr i seria dowodu osobistego.....

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) jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak/ Nie*

U w/w Pana (i) nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia** Tak /Nie*

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

zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia przez lekarza

* niepotrzebne skreślić

**dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia