

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....data

Z a ś w i a d c z e n i e l e k a r s k i e o s t a n i e z d r o w i a
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr dowodu osobistego lub innego

dokumentu potwierdzającego tożsamość

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu; sanatorium:

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

.....

.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:
-
-
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie(w załączeniu) . . .
-
-
8. 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*

Czy w/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności? TAK / NIE *

Czy u w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia? TAK / NIE *

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

UWAGA:

Zaświadczenie lekarskie należy wypełnić czytelnie we wszystkich punktach.

Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.