

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

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

PESEL

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 niepełnosprawności. Tak/Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenia

Ważność zaświadczenia- 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza

***niepotrzebne skreślić**