

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
Lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty jego wystawienia

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

Imię i nazwisko
Data urodzenia **Miejsce urodzenia**
Adres zamieszkania
Kod pocztowy
Nr i seria dowodu osobistego **Numer PESEL**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)
2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby
3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące
4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacji
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
Stwierdzam istotne pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim okresie TAK/NIE**

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
* dokładnie wypełnić wszystkie pozycje