

Miejscowość
Data

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA **wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....
Data urodzenia
Adres zamieszkania

Numer 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, pobyt 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 (a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

TAK / NIE*

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia.**

TAK / NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenia

*** zaświadczenie ważne jest 30 dni od momentu wystawienia przez lekarza