

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
WYDANE DLA POTRZEB ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
(zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia)**

UWAGA – zaświadczenie wypełnia czytelnie lekarz

pierwszorazowe / powtórne *

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL /.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../.../...

Nr i seria dowodu osobistego / inny podać jaki)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....
.....
.....
.....

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. 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 dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?
(data) /.../.../ /.../.../ /.../.../.../.../

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) /.../.../ /.../.../ /.../.../.../.../

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE*

12. W/w Pan(i) (odpowiednie zaznaczyć)*

**wymaga opieki osoby drugiej ze względu
na niemożność samodzielnej egzystencji.**

wymaga okresowej pomocy

nie wymaga

**13. W/w Pan(i) jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw
orzekania o stopniu niepełnosprawności**
TAK / NIE*

14. U w/w Pana(i) nastąpiło/nie nastąpiło* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania
dla celów orzecznich.

*** właściwe zakreślić**

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego)