

Data.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
(dla osób powyżej 16-tego roku życia)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL; Seria i nr dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

[illegible]

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

[illegible]

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

[illegible]

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualnie potrzeby w tym w 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 stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie*

.....
Pieczątką i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie

*** właściwe zakreślić**

UWAGA: Aby zaświadczenie lekarskie spełniało wymóg formalny niezbędne jest pełne i czytelne wypełnienie druku w języku polskim (dotyczy każdego punktu).