

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

(zaświadczenie jest **ważne 30 dni** od daty wystawienia)

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

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres stałego pobytu

Numer PESEL

Seria i nr dokumentu tożsamości:

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 wykonywanych 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 niezdolna do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego.

Tak /Nie*

.....
podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić