

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ważne 30 dni od daty wypełnienia

.....data.....

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

Imię i nazwisko
Data i miejsce 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, 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 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 osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji .

TAK / NIE *

W/w jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności .

TAK / NIE *

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić