

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość.....

Data.....

(zaświadczenie jest ważne 30 dni)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane na potrzeby Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności w Lipnie**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny,
ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej
dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie