

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

* zaświadczenie jest ważne miesiąc czasu 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 zamieszkania:

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu):

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej::

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów; choroby współistniejące:

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

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

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (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? (data)

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

.....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji. Tak / Nie*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności: Tak / Nie*

.....
pieczęć i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić