

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
/zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia/

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Numer i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj, 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 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*

U w/w Pana/i nastąpiło/ nie nastąpiło** istotne pogorszenie stanu zdrowia.

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

*** **przyjmujemy wyłącznie kserokopie dokumentacji medycznej potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez placówkę służby zdrowia lub należy okazać oryginały przy składaniu wniosku**