

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

....., data.....
(miejscowość) (wypełnia lekarz)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka
wydane dla potrzeb
Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja

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

6. Przewidywany okres trwania naruszonej sprawności fizycznej lub psychicznej powyżej 12 miesięcy TAK / NIE

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

- zaświadczenie jest ważne przez **30** dni od dnia wypełnienia przez lekarza a złożeniem w powiatowym zespole