

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

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

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

/ dla osób powyżej 16 roku życia /

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Numer i seria dowodu osobistego

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim- wszystkie punkty zaświadczenia !!!)

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, rehabilitacja
5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie
6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączniku)
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 **niezdolny/zdolny*** do odbycia podróży w celu udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności.

W przypadku zaznaczenia niezdolności odbycia podróży, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytoryczności uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

.....
pieczętka i podpis lekarza

UWAGA:

1. Zaświadczenie ważne jest przez **30** dni od dnia wypełnienia druku przez lekarza a złożeniem w powiatowym zespole
2. **Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia**

*niepotrzebne skreślić