

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia __-__-__ r., miejsce urodzenia

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i Nr dowodu osobistego lub (paszportu)

Adres zamieszkania-__-__

Adres pobytu powyżej 2 miesięcy-__-__

(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego (początek-ustalony na podst. jakiej dokumentacji); 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 oraz 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 (w załączeniu):

.....

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak / Nie

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (rok)?

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) _ _ _ r.

11. W/w Pan/i wymaga pomocy i opieki drugiej osoby ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

Tak / Nie

12. **WAŻNE:**

W/w osoba zainteresowana / dziecko / jest trwale niezdolna/ne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w związku z długotrwałą i nierokującą poprawą choroby.

jest zdolna

jest niezdolna

W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży (*jest niezdolna*), należy ten fakt uzasadnić.

W przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany do osobistego uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego.

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie)

*** właściwe podkreślić i uzupełnić**

UWAGA:

1. Zaświadczenie lekarskie jest ważne przez 3 miesiące. (Wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku).
2. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie, podpisu lekarza, daty bądź danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.