NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE W JĘZYKU POLSKIM

Zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

..... data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej**

   .....

   .....

   .....

   .....

   .

2. **Przebieg schorzenia podstawowego**, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonowania, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyt 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***

- Czy w/w Pan/Pani jest **trwale niezdolny** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności

TAK* **NIE***

pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

.....

* niepotrzebne skreślić