

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki prywatnej

.....data .....

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

***(UWAGA ! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia  
w Zespole)***

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Nr i seria dowodu osobistego .....

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. Uszkodzenie 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 , 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\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza

- niepotrzebne skreślić

