

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki prywatnej

.....
miejsowość, data

WYNIKI BADANIA SPECJALISTYCZNEGO

Imię i nazwisko
Data i miejsce urodzenia
Nr PESEL
Nr i seria dowodu osobistego
Adres zamieszkania

Opinia lekarza specjalisty:

1. Rozpoznanie czynnościowe z uwzględnieniem okresu i dynamiki procesu chorobowego:

.....
.....
.....
.....

2. Czy stwierdzone naruszenie sprawności ma charakter trwały (stały) czy okresowy, jakie jest rokowanie i od kiedy trwa stwierdzone naruszenie sprawności:

.....
.....
.....

3. Czy z uwagi na stopień naruszenia sprawności organizmu i ograniczenia samodzielnej egzystencji, badany wymaga stałej lub okresowej pomocy i opieki innej osoby?

TAK

NIE

Jeżeli tak, to w jakim zakresie

.....
.....

4. Zalecane dalsze leczenie i rehabilitacja lecznicza:

.....
.....

5. Wskazania i przeciwwskazania do wykonywania zatrudnienia (rodzaj i warunki pracy):

.....
.....

6. Uzasadnienie:

.....
.....
.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić