

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki prywatnej

.....  
miejscowość, 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 dziecka .....

Data urodzenia i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Waga..... Wzrost .....

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 dziecka? TAK/NIE\*

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną (rok) .....

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....

Czy dziecko wymaga stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji: TAK/NIE\*

Jeżeli TAK to w jakim zakresie .....

.....

Czy dziecko wymaga korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji TAK /NIE\*

Jeżeli TAK to w jakim zakresie .....

.....

Czy istnieje konieczność sprawowania zwiększonej stałej opieki pielęgnacyjnej : TAK/NIE\*

Jeżeli TAK to w jakim zakresie .....

.....

Czy dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności : TAK/NIE\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza