

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 dziecka

Data urodzenia i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

Numer PESEL

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 współdziałania 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

.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić