

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

..... dnia
ważne 30 dni od daty wystawienia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(w całości wypełnia lekarz)

Imię i nazwisko
Data 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, 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 wykonywanych 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/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK*** **NIE***

Stwierdzam istotne pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim okresie **TAK*** **NIE***.

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza