........................................................... ....................................... dnia .........................

*pieczątka zakładu opieki zdrowotnej miejscowość*

# **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

**wydane dla potrzeb**

**Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

**ważne 30 dni od daty wystawienia**

***(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 (**załączonych do zaświadczenia**)

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

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych (**załączonych do zaświadczenia)**

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

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

Czy lekarz 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).................

Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji? **TAK\* NIE\***

Czy pacjent jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności? **TAK\* NIE\***

 Stwierdza się, że pacjent jest niezdolny do uczestnictwa w posiedzeniu składu orzekającego zespołu

 z powodu długotrwałej i nierokującej choroby (podać charakter schorzenia)…………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

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

\* niepotrzebne skreślić

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

 pieczątka i podpis lekarza