

Miejscowość.....data.....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL..... Nr i seria dowodu osobistego (paszportu).....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej /uwzględnić stopień wydolności/

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące /uwzględnić stopień wydolności/

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu, sanatorium:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:
.....
.....
.....
.....
.....
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie **załączonych do zaświadczenia**
.....
.....
.....
.....
.....
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych **załączonych do zaświadczenia:**
.....
.....
.....
9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?
(data).....
10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)
11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK /NIE*
12. Ww. pacjent WYMAGA / NIE WYMAGA* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.
13. Ww. pacjent jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. TAK / NIE*
- Uwaga:** Jeżeli pacjent nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo należy załączyć zaświadczenie lekarskie (§ 8 ust 3 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz. U. Nr 139, poz. 1328 z późn. zm.)).
14. U ww. pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia** TAK / NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

Uwaga: *zaświadczenie o stanie zdrowia ważne jest 30 dni od daty wystawienia.*

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób ubiegających się o orzeczenie powtórne