Zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od daty jego wystawienia!!!

UWAGA!!! – zaświadczenie winno być wypełnione wyłącznie przez osobę do tego upoważnioną – jednego lekarza wystawiającego.

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....

Data ___-___-_____r.

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania

o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko: .....

Data i miejsce urodzenia: ___-___-_____r. .....

Adres zamieszkania: ___-___ .....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu): .....

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: .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Uszkodzenia 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 wykonanych 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 ze względu na stan zdrowia:

- ☐ może przybyć na posiedzenie składu orzekającego samodzielnie,
- ☐ może przybyć na posiedzenie składu orzekającego przy pomocy osób trzecich,
- ☐ jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego.

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia**: Tak / Nie*

_____
pieczątka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić
** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie