

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

***Pieczętka 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:

[illegible]

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

[illegible]

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

[illegible]

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*

pieczętka i podpis
lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie