<u>Uwaga</u> ***<u>: zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia, wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!</u>***

..... Miejscowość ....., dnia .....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia ..... PESEL ..../..../...../..../..../..../..../..../..../...../.....
Adres zamieszkania .....

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

<u>Uwaga</u> ***: zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia, wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!***

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 do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest * :

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) <u>trwale</u> niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - *należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta* i *dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

**** niepotrzebne skreślić***