

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o niepełnosprawności

I. DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY / wypełnia własnoręcznie lekarz/

Imię i Nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

II. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje, czas trwania, pobyt 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 zakresie

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

7. Wykaz 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).....

Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta TAK / NIE*

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji
TAK / NIE*

** Zaświadcza się, że w/w NIE MOŻE stawić się na posiedzenie składu orzekającego ze względu na

.....
podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy szczególnych przypadków, na przykład osób obłożnie chorych

UWAGA: zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wydania.