

.....
(miejscowość i data)

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu
do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(wypełnia lekarz)

*Orzeczenie pierwszorazowe / orzeczenie powtórne **

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania.....

Nr i seria dowodu osobistego/paszportu.....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek oraz stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaj, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie

.....

.....

6. Używane (ewentualne potrzeby) zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny

.....

.....

7. Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania (w załączeniu)

.....

.....

.....

8. Wykaz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych

.....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (rok).....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (data: d/m/r)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK / NIE*

Pacjent wymaga stałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji spowodowaną stanem zdrowia **TAK / NIE***

Pacjent wymaga częściowej (w niektórych czynnościach) lub czasowej (w okresach wynikających ze stanu zdrowia) pomocy innych osób **TAK/ NIE***

Czy u pacjenta **nastąpiło / nie nastąpiło*** istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich

* niepotrzebne skreślić

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

Pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności **TAK / NIE***. Jeśli **tak** należy potwierdzić z jakiej przyczyny:

**Zaświadczenie lekarskie potwierdzające
niezdolność osobistego uczestniczenia pacjenta
w posiedzeniu komisji**

Pacjent jest stale leżący/a i trwale niezdolny/a do osobistego uczestniczenia w posiedzeniu komisji z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby

.....

.....

.....
stempel i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić