

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....
Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do
Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....
Data i miejsce urodzenia.....
Adres zamieszkania.....
Nr PESEL.....
Nr i seria dowodu osobistego.....

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).....

W/w Pan(i) wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji:

TAK/NIE

W/w Pan(i) jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności:

TAK/NIE*

.....
Pieczątką i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić