

Miejscowość .....

Data .....

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**wydane dla potrzeb zespołu**

**do spraw orzekania o niepełnosprawności**

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej: .....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (*w załączeniu*):

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

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (*data*)?

.....

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną (*data*)? .....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka? TAK/NIE\*

U ww. nastąpiło / nie nastąpiło\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Ww. wymaga / nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Ww. jest trwale niezdolna(y) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK / NIE\*

.....  
Stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\_\_\_\_\_  
\* niepotrzebne skreślić