

**UWAGA!!!**

**Zaświadczenie jest ważne przez 30 dni od daty wystawienia**

Pieczętka Zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia  
wydane dla potrzeb  
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).....

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

**TAK/NIE\***

W/w Pan / i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

**TAK/NIE\***

W/w Pan / i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

**TAK/NIE\***

.....  
pieczętka i podpis lekarza

\* niepotrzebne skreślić