

Miejscowość.....

Data.....

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji i numer telefonu.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

Wzrost Waga..... RR

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

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

3. uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

4. zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu

.....
.....

5. ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....
.....

6. używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

7. wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....

8. wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

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

.....

od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK/NIE*

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

TAK/NIE*

Czy w okresie od ostatniego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia pacjenta (jeśli tak to w jakim stopniu i zakresie)?

TAK/NIE*

.....

.....

Orzeczenie pierwszorazowe / wtórne*

* niewłaściwe skreślić

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

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