

Zaświadczenie lekarskie należy wypełnić czytelnie w języku polskim.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(zaświadczenie ważne jest przez 30 dni od daty wystawienia przez lekarza)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Nr i seria dowodu osobistego:

PESEL:

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/

.....

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

W/w jest trwale zdolny (nie jest zdolny)* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza