

WYNIKI BADANIA SPECJALISTYCZNEGO DLA DZIECI

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

Opinia lekarza specjalisty:

1. Rozpoznanie czynnościowe z uwzględnieniem okresu i dynamiki procesu chorobowego:
.....
.....
.....
2. Czy stwierdzone naruszenie sprawności organizmu ma charakter trwały (stały) czy okresowy, jakie jest rokowanie i od kiedy trwa stwierdzone naruszenie sprawności:
.....
.....
3. Czy, z uwagi na stopień naruszenia sprawności organizmu i ograniczenie samodzielnej egzystencji, badany wymaga stałej lub okresowej pomocy i opieki innej osoby ?*

TAK

NIE

Jeżeli tak, to w jakim zakresie

4. Zalecane dalsze leczenie i rehabilitacja lecznicza:
.....
.....
5. Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć i podpis lekarza badającego

.....
miejscowość i data