

.....
miejsowość i data

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności

*UWAGA! Zaświadczenie powinno w całości być wypełnione przez lekarza, czytelnie i tylko w języku polskim.
Jest ono ważne przez 30 dni od momentu wystawienia przez lekarza leczącego do dnia złożenia w Zespole.*

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).....

NR PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

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, sanatorium:

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

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 wykonanych 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? (data)

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

TAK /NIE *

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

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

TAK / NIE *

U w/w Pana (i) nastąpiło (nie nastąpiło)* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

**wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

ADNOTACJA ZAKŁADU PRACY CHRONIONEJ

Zakład pracy chronionej przyjmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej.

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego
zaświadczenie