

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowanej choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

3. Uszkodzenie 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 wymaga opieki drugiej osoby 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*

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić