

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość
data

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

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

.....

.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

4. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne
potrzeby w tym zakresie:

.....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej, koniecznej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu)

.....
.....

.....
pieczęćka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie