.....
miejscowość i data

Uwaga! Zaświadczenie należy złożyć w ciągu 30 dni od daty wystawienia

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....
Data urodzenia .....
Adres zamieszkania .....
Numer PESEL .....
Numer i seria dowodu osobistego .....

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. 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 wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (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 dokumentacje medyczną? (data) .....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok) .....

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

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

.....
pieczątka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić