

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

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 PESEL :

1 Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....
.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji)
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego : stadium zaawansowania choroby

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

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

4.Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze
leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, (załączonych do zaświadczenia):

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, (załączonych do zaświadczenia):

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ?(rok).....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ? **TAK / NIE***

Czy istnieje konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia rehabilitacji i edukacji ? **TAK / NIE***

Czy dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży w celu wzięcia udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **TAK / NIE***

Czy u dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia **TAK/NIE***

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza wydającego
zaświadczenie

UWAGA !

- 1. Zaświadczenie lekarskie należy wypełnić czytelnie we wszystkich punktach.**
- 2. Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wydania.**