

**Uwaga: zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia,
wszystkie punkty formularza oraz dane osobowe pacjenta wypełnia lekarz w języku polskim**

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość, dnia

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL / / / / / / / / /

Adres zamieszkania

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. Uszkodzenia 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 osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest *:

- a) zdolny/a
- b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej
- c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - w przypadku zaznaczenia tego punktu konieczne jest dodatkowe zaświadczenie lekarskie o niemożności przybycia na komisję

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* *niepotrzebne skreślić*