

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
Wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności
(Uwaga – zaświadczenie ważne miesiąc od dnia wystawienia)

Orzeczenie pierwszorazowe\ orzeczenie powtórne*

Imię i Nazwisko.....
Data urodzenia
Adres zamieszkania
Nr i seria dowodu osobistego\ paszportu.....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, choroby współistniejące

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje; czas trwania; pobyt w szpitalu, sanatorium

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja

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

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

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

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia

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

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

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

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

W\w Pan\i wymaga\nie wymaga* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W\w Pan\i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. *TAK\NIE*

U w\w Pana(i) nastąpiło / nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczeniowych.*

.....

Stempel i podpis wystawiającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanej dokumentacji medycznej

.....
Pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
Stempel i podpis wystawiającego
zaświadczenie

*niepotrzebne skreślić