. ..............................................., dnia ....................................

miejsce i data wystawienia zaświadczenia

**UWAGA! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty**

**wystawienia do dnia złożenia.**

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

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności

( dotyczy osób do 16-tego roku życia )

Imię i nazwisko dziecka ...........................................................................................................................................

Data urodzenia ........................................................................................................................................................

Adres zamieszkania.................................................................................................................................................

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

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

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

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

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

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego

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

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

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

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

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

4. Rokowania ( 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

istotnej dla oceny stanu zdrowia dziecka (w załączeniu) :

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

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

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

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

**UWAGA: Aby zaświadczenie lekarskie spełniało wymóg formalny niezbędne jest pełne i czytelne wypełnienie druku w języku polskim ( dotyczy każdego punktu)**

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

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie