Miejscowość..............................................

 Data...........................................................

 **UWAGA! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia.**

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb

zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

(dla osób powyżej 16-tego roku życia)

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

Data i miejsce urodzenia ........................................................................................................................................................

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

Nr PESEL .............................................................; Seria i nr 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. 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; ewentualnie potrzeby w tym w 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 jest trwałe niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

**Tak / Nie\***

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

Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego

 zaświadczenie

* właściwe zakreślić

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