



....., dnia
miejsowość, data

**UWAGA! ZAŚWIADCZENIE WAŻNE 30 DNI OD DATY
WYPEŁNIENIA**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
wypełnia lekarz**

DANE PACJENTA:	
Imię i nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Nr dowodu osobistego	
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)				
Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?		TAK		NIE
Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzecznich.		TAK		NIE
Czy pacjent jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.		TAK		NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza