

pieczęć ZOZ

Miejscowość.....

Data.....

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
(dane personalne uzupełnia lekarz)**

Imię i Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby.

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące.

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

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

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

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

.....
.....

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

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

7. Wykazy wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu).

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia.

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

U w/w Pana/i nastąpiło (nie nastąpiło) istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności.

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 drugiej osoby ze względu na niemożliwość 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 *

UWAGA!

Wypełnić w przypadku niemożności wzięcia udziału w posiedzeniu składu orzekającego:

W/w Pan(i) jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności z powodu:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

Brak pieczętki podmiotu wystawiającego zaświadczenie, **podpisu i pieczętki lekarza lub daty** powoduje nieważność zaświadczenia.

Niniejsze zaświadczenie zachowuje ważność **30 dni** od daty wystawienia przez lekarza.