

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Dane pacjenta:

- a. Imię i nazwisko:
 - b. Data i miejsce urodzenia:
 - c. Adres zamieszkania:
 - d. Numer i seria dowodu tożsamości:
 - e. Numer PESEL:
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, możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

 5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

 6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu):

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

Tak,

Nie.

9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?

Rok:

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

Rok:

11. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji?

Tak,

Nie.

12. Czy pacjent jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności?

Tak,

Nie.

Miejscowość i data

Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

.....

.....

Uwaga! Zaświadczenie ważne 30 dni od daty wystawienia