

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 3 miesiące od daty wystawienia**