

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość .....

Data .....

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu) .....

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, 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 ).....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak/Nie\*

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. Tak/Nie\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenia

**Ważność zaświadczenia- 30 dni od daty wypełnienia przez lekarza**

\*niepotrzebne skreślić