

.....  
stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
miejsowość i data

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

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania. ....

Nr i seria dowodu osobistego / paszportu ..... PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej potwierdzonej aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (**w załączeniu** )

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, 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. Wykaz dokonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)
  
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wy stawiającego 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 osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w Pan(i) jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności TAK / NIE\*

.....  
stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

*\*niepotrzebne skreślić*