# Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia, wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!

.................................................................. Miejscowość ............................................, dnia ............................

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

**wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)**

## **Imię i nazwisko** ....................................................................................................................................

**Data urodzenia** ................................................................ PESEL ..../..../...../..../..../..../..../..../..../...../.....

## **Adres zamieszkania** .............................................................................................................................

**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** .........................................................

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

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

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

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

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

1. **Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja** ................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

# Uwaga : zaświadczenie jest ważne tylko 30 dni od dnia jego wystawienia, wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!

**6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)**..........................................................................

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

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

1. **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 do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności jest \* :

* 1. **zdolny/a**
  2. **zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej**
  3. **trwale niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo -** *należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta* i *dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan*

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

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

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

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

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

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

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

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

***\* niepotrzebne skreślić***

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

pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie