

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Powinno być wydane nie wcześniej niż na 3 miesiące przed dniem złożenia wniosku i zawierać rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących, a także wyniki badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie

(ZAŚWIADCZENIE W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Nr i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość

1 .Rozpoznanie choroby zasadniczej - w języku polskim

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

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 wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu)

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

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Czy lekarz wystawiając zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta
TAK/NIE*

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 stopniu niepełnosprawności.
TAK/NIE*

Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia
TAK/NIE*

właściwe zaznaczyć

stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie *

UWAGA: Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia. ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ (ŁĄCZNIE Z DANymi OSOBOWymi, MiejsCEm i datą WYSTAWIENIA!)