

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., data

/miejsowość

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby dorosłej
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności**

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

4. Zastosowanie lecznicze 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 wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie, załączonych do zaświadczenia:

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

9. Czy w/w osoba jest zdolna do odbycia podróży samodzielnie lub z opiekunem celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności **(jeżeli nie jest zdolna – należy uzasadnić):**

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

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (rok)

.....

11. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (rok)

.....

Pacjenta należy pouczyć o obowiązku dostarczenia do Zespołu w dniu składania wniosku kserokopii badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących.

.....
/pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie/