

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb
zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

**ZAŚWIADCZENIE WAŻNE JEST 30 DNI OD DATY WYSTAWIENIA DO DNIA ZŁOŻENIA W
ZESPOLE**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

numer PESEL :

Adres zamieszkania:

.....

Seria i numer dokumentu tożsamości

.....

(dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna, inne)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt 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 potwierdzających rozpoznanie, załączonych do zaświadczenia:

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia :

8. Czy lekarz wystawiający zaśw. ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **TAK / NIE***

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

.....

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

11. Pacjent wymaga pomocy i opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji:

TAK / NIE*

12. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia ? **TAK / NIE***

13. **Pacjent jest :**

a) **zdolny do udziału w posiedzeniu składu orzekającego**

b) **jest zdolny z osobą towarzyszącą**

b) **trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego – należy ten fakt uzasadnić:**

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

W przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego.

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie