

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....data

/miejsowość /

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**
(Należy złożyć do Zespołu w ciągu 30 dni od daty wydania)

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego,
stadium zaawansowania choroby, zastosowanie 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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

7. 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

może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego

nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

Do niniejszego zaświadczenia należy dołączyć aktualne wyniki badań diagnostycznych potwierdzające rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących oraz inne posiadane dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności (§ 3 ust.2 pkt.1 rozporządzenia MG, PiPS z dn.15.07.2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności).

.....

podpis i pieczęć lekarza

*właściwe zaznaczyć symbolem X w kratce