

Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty jego wystawienia!

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (*uwzględnić stopień wydolności*):

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

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 (*uwzględnić stopień wydolności*):

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

4. Zastosowanie, leczenie i rehabilitacja- rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualnie potrzeby w tym zakresie:

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie, załączanych do zaświadczenia:

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia:

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

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

.....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

.....

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji med. pacjenta?

***TAK/NIE**

12. W/w Pan/i **wymaga/ nie wymaga** pomocy i opieki drugiej osoby ze względu na niemożliwość samodzielnej egzystencji.

13. W/w Pan/i jest **zdolny/ niezdolny** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

14. **** U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim okresie?**

***TAK/NIE**

**właściwe podkreślić*

***dotyczy osób posiadających aktualne orzeczenie*

pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej
Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnienie koniecznej oceny stanu
zdrowia dokumentacji medycznej orzekanego.

.....
.....

(pieczętka zakładu pracy chronionej)

(pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)