

zaświadczenie jest ważne 30 dni

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

data.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA WYDANE DLA POTRZEB
ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Imię i nazwisko.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej – potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (w załączeniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji?); 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 – potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych

.....

.....

.....

.....

.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie, 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

1. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną

2. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie

3. W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji
TAK / NIE *

4. W/w Pan/i jest **trwale niezdolny** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo TAK / NIE*

W przypadku odpowiedzi na TAK – w załączeniu ocena funkcjonowania wg skali Barthel

5. Czy u w/w Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzecznich? TAK / NIE / NIE DOTYCZY *

* właściwe zakreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenia