

**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 TAK / NIE\*

z powodu <sup>1</sup> .....

<sup>1</sup> uzasadnienie w przypadku zaznaczenia „TAK” tj. trwałej niezdolności osoby do osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego

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

.....  
pieczęć i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenia