

.....
/pieczętka zakładu opieki zdrowotnej/

.....
/miejscowość i data/

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL.....Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

2. Przebieg schorzenia podstawowego, 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

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 wykonywanych badań dodatkowych w załączeniu:

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

8. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie 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. W/w pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji:
TAK / NIE*

12. W/w pacjent jest zdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności . **TAK/NIE ***

.....
pieczęć i podpis lekarza

* niewłaściwe skreślić

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia wniosku !

/Podstawa prawna: §6 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności/