

(zaświadczenie lekarskie ważne 30 dni od daty wydania)

Stempel 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

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

Numer i seria dow. osob.PESEL

waga **wzrost**

ciśnienie **tętno**

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

2. Przebieg schorzenia podstawowego - początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania pobytu w szpitalu, sanatorium

5. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwości poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

7. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ?
(data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenia ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ?
Tak / Nie *

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

W/w Pan/i jest trwale niezdolna do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności
Tak / Nie *

U w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia **
Tak / Nie *

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić
** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie