

Miejscowość.....
Data.....

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Seria i numer dowodu osobistego (paszportu).....

PESEL.....

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 oraz choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu sanatorium

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

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

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

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

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

7. Wykaz wykonanych 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 zaświadczenie 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 niezdolny 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*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

.....
* niepotrzebne skreślić

** dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie

Adnotacja zakładu pracy chronionej

Zakład pracy chronionej przejmuje odpowiedzialność za uzupełnianie koniecznej do oceny stanu zdrowia orzekanego dokumentacji medycznej

.....
pieczętka zakładu pracy chronionej

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie