

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności**

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

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 wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie zasadnicze (w załączeniu)

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?
TAK/NIE *

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (data)

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

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

W/w pacjent jest zdolny / trwale niezdolny do odbycia podróży * na posiedzenie zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności z powodu:

.....
.....

.....
Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* - niepotrzebne skreślić

** - **uwaga!** – **zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia**
(podstawa prawna: § 6 ust.2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. - Dz. U. Nr 1439 poz.1328)