

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia.....

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Kod pocztowy Gmina

Numer PESEL Nr i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących (wypełnić w języku polskim):

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, początek, 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, rokowanie (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 (**należy załączyć do zaświadczenia**):

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

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 ? Podać rok

10. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? Podać rok

11. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych? TAK – NIE **

12. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na **niemożność** samodzielnej egzystencji? TAK – NIE

13. Czy pacjent jest **trwale** niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności? TAK – NIE

14. W przypadku niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego **należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie w trybie zaocznym** (takie rozpatrywanie wniosku występuje jedynie w wyjątkowych okolicznościach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby orzekanej, tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.)

.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza

* **czytelnie wypełnić wszystkie pozycje !**
** **dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności**