***Zaświadczenie ważne jest 3 miesiące od daty jego wystawienia***

Pieczątka 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):

1. Przebieg schorzenia podstawowego, początek, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas, trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

1. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

1. Ocena wyników leczenia, rokowanie (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

1. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (**należy załączyć do zaświadczenia**):

1. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych **załączonych do zaświadczenia**:

1. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta ?
2. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? Podać rok
3. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? Podać rok
4. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów  
   orzeczniczych?  \*\*
5. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na **niemożność** samodzielnej egzystencji?
6. Czy pacjent jest **trwale** niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności?
7. 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.)

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

pieczątka i podpis lekarza

**\* czytelnie wypełnić wszystkie pozycje !**

**\* \* dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie o niepełnosprawności**