

.....
 pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

.....
 miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności
 (ważne 30 dni)

Pan/i (lub imię i nazwisko dziecka)

Data i miejsce urodzenia

Seria i nr dowodu osobistego **PESEL**

Adres zamieszkania

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 – rodzaj; czas trwania; pobyt w szpitalu; sanatorium:

.....

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

.....

6. Używane przedmioty ortopedyczne, sprzęt pomocniczy i ewentualne potrzeby w tym zakresie:

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

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

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

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

9. Wzrost, waga, RR/mmHg

U w/w NASTĄPIŁO / NIE NASTĄPIŁO /* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności**

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiając zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji pacjenta TAK / NIE *

W/w WYMAGA / NIE WYMAGA *opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w jest TRWALE NIEZDOLNY do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu komisji lekarskiej TAK / NIE *
W przypadku niemożności osobistego stawiennictwa na posiedzenie zespołu orzekającego należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie zaoczne (zaoczne rozpatrywanie sprawy występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej wniosek tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.)

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

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

.....
pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

Uwaga

1. Prosimy o czytelne wypełnianie rubryk.
2. Do niniejszego zaświadczenia bardzo prosimy o dołączenie wyników badań, konsultacji bądź kart informacyjnych mających wpływ na ustalenie niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności (**odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem** przez lekarza, uprawnionego pracownika placówki medycznej, pracownika urzędu państwowego).
(aktualizacja 01.09.2019)