....

pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej — miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności

(ważne 3 miesiące)

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.)
UWAGA! Jeśli pacjent jest trwale niezdolny do udziału w posiedzeniu komisji orzeczniczej – do zaświadczenia należy dołączyć wypełniony druk oceny pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel
…….....
…….…….
…….…….
……..……
…….…….
……..…….

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

…….....
pieczątka i podpis lekarza wydającego zaświadczenie

Uwaga

1. Prosimy o czytelne wypełnianie rubryk.
2. Do niniejszego zaświadczenia 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).