

zaświadczenie jest ważne 30 dni

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

data.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA WYDANE DLA POTRZEB
ZESPOŁU DO SPRAW ORZEKANIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Imię i nazwisko.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej – potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (w załączeniu)

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji?); 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 – potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie, rehabilitacja.....
-
-
5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie.....
-
6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)
-
-
7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych załączonych do zaświadczenia
-
-

1. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną
2. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie
3. W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji TAK / NIE *
4. W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo TAK / NIE*
W przypadku odpowiedzi na TAK – w załączeniu ocena funkcjonowania wg skali Barthel
5. Czy u w/w Pana/Pani nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczniczych? TAK / NIE / NIE DOTYCZY *

* właściwie zakreślić

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenia