

(miejscowość i data)

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE o stanie zdrowia osoby powyżej 16 roku życia
wydane dla potrzeb zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia!

Nazwisko i imię

[illegible]

Data i miejsce urodzenia

[illegible]

Nr PESEL lub informację o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nie posiadającego numeru PESEL

[illegible]

Miejsce stałego pobytu:

[illegible]

I. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

.....

.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych (wpisać jakimi):

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

II. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....

.....

.....

1. Rozpoznanie chorób współistniejących zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych: (wpisać jakimi)

.....
.....

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

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

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

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

V. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:

.....
.....

VI. OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO*

1. CHOROBA UNIEMOŻLIWIA OSOBISTE STAWIENICTWO: TAK ☐ NIE ☐

W przypadku zaznaczenia w punkcie VI.1. „TAK”, lekarz wystawiający zaświadczenie stwierdza, czy choroba, która uniemożliwia osobiste stawiennictwo:

2. MA CHARAKTER DŁUGOTRWAŁY ORAZ NIE ROKUJE POPRAWY TAK ☐ NIE ☐

3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):

- HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ WIZYT DOMOWYCH: TAK ☐ NIE ☐

- INNE DOKUMENTY (wpisać jakie)

.....

VII. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta: TAK ☐ NIE ☐

VIII. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)

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

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

.....
podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie wraz z dokumentacją należy dołączyć do wniosku i wnieść do Zespołu w terminie 3 miesięcy od dnia wystawienia