

Zaświadczenie lekarskie ważne jest 3 miesiące od daty wystawienia

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (uwzględnić stopień wydolności)

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

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

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

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwości poprawy, trwałość uszkodzeń), dalsze leczenie i rehabilitacja

.....

.....

.....

5. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

.....

.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

.....

.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

.....

.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak / Nie*

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

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

W/w wymaga* (nie wymaga*) pomocy i opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

W/w jest zdolny samodzielnie*/ z osobą towarzyszącą*/ nie jest zdolny* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności.

* niepotrzebne skreślić

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie