

Pieczętka zakładu
opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(miejscowość i data)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności**

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko pacjenta(ki).....

Data urodzenia adres zamieszkania.....

Tożsamość ustalono na podstawie (nazwa, seria i numer dokumentu).....

.....PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

2. Choroby współistniejące

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

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie

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

4. Aktualny stan przedmiotowy

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie

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

6. Używane urządzenia protetyczne, pomoce techniczne, ich tolerancja

.....
.....

7. Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania

.....
.....

8. Wykaz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych

.....
.....

Jeśli pacjent(ka) nie posiada pełnej dokumentacji diagnostycznej potwierdzającej rozpoznanie i pozwalającej ocenić stopień zaawansowania zmian chorobowych proszę wskazać jakie badania są w toku

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

Pacjent(ka) wymaga stałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji spowodowaną stanem zdrowia TAK / NIE* (*dotyczy osób powyżej 16. roku życia*)

Pacjent(ka) wymaga częściowej (w niektórych czynnościach) lub czasowej (w okresach wynikających ze stanu zdrowia) pomocy innych osób TAK/ NIE* (*dotyczy osób powyżej 16. roku życia*)

Pacjent(ka) jest:*

- a) zdolny/a do udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
- b) zdolny/a do przybycia wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej,
- c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu

.....
pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić