

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(wypełnia w całości lekarz sprawujący opiekę medyczną)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Numer i seria dowodu osobistego

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej *:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, 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:

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

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

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

UWAGA!!! ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE JEST WAŻNE PRZEZ 30 DNI OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

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:

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

8. Oświadczam, że:

a) Mam pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta: TAK NIE

Pacjent posiada dokumentację medyczną od roku.....; Pozostaje pod moją opieką medyczną od roku.....

b) Ww. Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: TAK NIE

c) Ww. Pan/i wymaga pomocy osoby drugiej w pełnieniu ról społecznych: TAK NIE

d) W/w Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby: TAK NIE

e) U ww. Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności (*wypełnić, gdy pacjent ponownie ubiega się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*): TAK NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* w przypadku schorzeń okulistycznych zaznaczyć ostrość wzroku i pole widzenia