

**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 DZIECKA**

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
*(wypełnia w całości lekarz sprawujący opiekę medyczną)*

Imię i nazwisko dziecka .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Numer PESEL .....

Numer i seria dokumentu stwierdzającego tożsamość bądź nr aktu urodzenia: .....

.....

**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 (wyniki w załączeniu do zaświadczenia):

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

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) Dziecko wymaga całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku:  
 TAK  NIE

c) Dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby:  
 TAK  NIE

d) U dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o niepełnosprawności (wypełnić, gdy rodzic ponownie ubiega się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla dziecka):  
 TAK  NIE

.....  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\* w przypadku schorzeń okulistycznych zaznaczyć ostrość wzroku i pole widzenia