

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania
o Niepełnosprawności
(ważne 3 miesiące od dnia wystawienia przez lekarza)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu).....

Wzrost..... Waga..... RR...../..... mmHg

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Rozpoznanie chorób współistniejących, uszkodzeń innych narządów i układów

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

3. Przebieg schorzenia podstawowego i chorób współistniejących – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) - stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

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

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

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

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

7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

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

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?.....

11. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

TAK / NIE*

12. Czy pacjent wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji:

TAK / NIE *

13. Czy u pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od wydania poprzedniego zaświadczenia lekarskiego: **TAK / NIE***

14. Czy pacjent jest trwale niezdolny do osobistego stawiennictwa celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności: **TAK / NIE***

Informacja dla lekarza wypełniającego zaświadczenie – w przypadku zaznaczenia braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego):

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

.....
Pieczątką imienną i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* zakreślić właściwe

UWAGA:

1. Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza – podstawa prawna: § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003r. – Dz. U. z 2021r., poz. 857 ze zm
2. **Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.**