

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość.....

Data .....

(zaświadczenie jest ważne miesiąc  
od daty wystawienia)

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i Nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

Seria i numer dowodu osobistego.....

Numer PESEL .....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

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 .....

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

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

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie [ 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 posiada dokumentację medyczną (rok) ?

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

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak/Nie \*

W/W Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie\*

.....  
pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

\* niepotrzebne skreślić