

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....
(miejscowość data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o niemożności przybycia osoby
na posiedzenie Składu Orzekającego
w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**

Imię i nazwisko osoby
Data urodzenia
PESEL
Miejsce zamieszkania
Seria i numer dokumentu tożsamości

**Osoba jest niezdolna przybyć na posiedzenie składu orzekającego z powodu
długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej stawianictwo.**

Opis badania fizykalnego:

RR /, tętno

Postawa

Skóra i tkanka podskórna

.....

.....

.....

Klatka piersiowa (układ oddechowy i krążenia)

.....

.....

.....

Brzuch (układ pokarmowy, moczowo-płciowy)

.....

.....

.....

Badanie mięśni, zakres ruchów kręgosłupa i stawów

.....

.....

.....

Wnioski:

.....

.....

.....

.....

Niniejsze zaświadczenie wydaje się dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Nowym Sączu w celu wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w trybie zaocznym

.....
(pieczęć i podpis lekarza)