

miejsowość, dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce ur.

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL..... Numer i seria dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek /ustalony na podstawie jakiej dokumentacji/; stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby:

3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

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

5. Ocena wyników leczenia, rokowania /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, załączonych do zaświadczenia:

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

9. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? Tak* / Nie*

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną /data/

11. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie /data/.....

12. Stwierdzam istotne pogorszenie stanu zdrowia w ostatnim okresie TAK / NIE *

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

14. W/w Pan/i jest trwale niezdolny* do odbycia podróży, celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego Tak* / Nie*

* właściwe podkreślić