

Miejscowość .....

Data .....

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
**wydane dla potrzeb zespołu**  
**do spraw orzekania o niepełnosprawności**

Imię i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

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, 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 (w załączeniu):

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

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....  
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie (*data*)?

.....  
.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną (*data*)?

.....  
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK/NIE\*

U ww. Pani/Pana nastąpiło / nie nastąpiło\* istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Ww. Pani/Pan wymaga / nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Ww. Pani/Pan jest trwale niezdolna(y) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. TAK / NIE\*

.....  
Stempel i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie

---

\* niepotrzebne skreślić