

stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość
data
(ważne przez okres 3 miesięcy od daty wystawienia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb zespołu

do spraw orzekania o niepełnosprawności

(wystawione na podstawie bezpośredniego badania lekarskiego/wystawione na podstawie dokumentacji medycznej*)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zameldowania

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

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

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

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

Ww. Pan/Pani jest zdolny/a / niezdolny/a* do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności?

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):

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

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić