

lub praktyki lekarskiej

data.....

(ważne przez okres 3 miesiące od daty wystawienia)

do spraw orzekania o niepełnosprawności

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

PESEL

[illegible][illegible][illegible]

4. Rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

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

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

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji medycznej istotnej dla stanu zdrowia dziecka (w załączeniu):

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

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(data)

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka? Tak / Nie *

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

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

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

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie