

Miejscowość, dnia .....

Pieczętka 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.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji i numer telefonu.....

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:

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

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 wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzonych rozpoznaniem ( w załączeniu):  
.....  
.....

8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do świadczenia :  
.....  
.....

9. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ( data )?: .....

10. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ( data ) ? .....

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

12. Czy w okresie od ostatniego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nastąpiła zmiana stanu zdrowia pacjenta? (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie) \* TAK / NIE

Jeśli tak to należy uzasadnić w jakim stopniu i zakresie?  
.....  
.....

13. Osoba zainteresowana /dziecko:\*

- jest zdolna/e,

- nie jest zdolna/e.

do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

W przypadku braku możliwości osobistego stawiennictwa na posiedzenie składu orzekającego **należy dokładnie określić przyczynę uzasadniającą orzekanie w trybie zaocznym** (takie rozpatrywanie wniosku występuje jedynie w wyjątkowych okolicznościach, jeżeli rozpoznana choroba jest długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby orzekanej, tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora, itp.)  
.....  
.....  
.....

.....  
stempel i podpis

lekarza wystawiającego zaświadczenie