

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

miejsowość data

UWAGA !!! Zaświadczenie ważne jest 1 miesiąc !!!

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia: PESEL:

Adres zamieszkania:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego:

.....
.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

.....
.....

4. Ocena wyników leczenia, rokowania, dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....
.....

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

.....
.....

6. Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia od czasu wydania ostatniego orzeczenia? TAK / NIE

7. Czy dziecko jest w stanie stawić się na komisję lekarską? (jeśli nie, to dlaczego?)

.....
.....

.....

stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie