

UWAGA!!! Zaświadczenie ważne 1 miesiąc

.....

miejsowość.....

Stempel zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

data.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

PESEL:.....seria i nr dowodu osobistego.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyt w szpitalu, sanatorium:

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

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

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

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu):

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

7. 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 pełen wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? **TAK / NIE**

U Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów

orzekania o stopniu niepełnosprawności.

TAK / NIE

Czy pacjent jest w stanie stawić się na komisję lekarską?

TAK / NIE

Jeśli nie, wskazać dlaczego:.....

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

.....
Stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie