

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość
Data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
DRUK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE I W JĘZYKU POLSKIM

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby

.....
.....

Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

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

Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

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

Ocena wyników leczenia, rokowania (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

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

Używane zaopatrzenie i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

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

Wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)

.....

.....

.....

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

Czy Pan/Pani wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji * ☐wymaga ☐ nie wymaga

Czy w/w Pan/Pani jest **trwale niezdolny/a** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności *

- ☐ jest zdolny
- ☐ jest zdolny z osobą towarzyszącą
- ☐ jest niezdolny

W przypadku zaznaczenia braku możliwości odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić:

.....

.....

.....

W przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego.

.....

Stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

UWAGA!

1. Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza - Podstawa prawna: § 6 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. – Dz. U. Nr 139, poz. 1328.

2. Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.

*** odpowiedź zaznaczyć w kratce**