Miejscowość ....., dnia ……..…

Pieczątka zakład
opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności

Uwaga: Zaświadczenie ważne jest 30 dni od dnia jego wystawienia, wszystkie punkty formularza należy dokładnie i czytelnie wypełnić!!

Imię i nazwisko pacjenta(ki).....

Data urodzenia: …… **PESEL** .....

Tożsamość ustalono na podstawie (nazwa, seria i numer dokumentu) .....

Adres zamieszkania: ……

1. **Rozpoznanie choroby zasadniczej** .....
   .....
   .....
   .....
   .....
2. **Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja-rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium** ……
   ……..
   ……..
   ……..
   ……...
   ……...
   ……...
   ……...
   ……..……
3. **Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące** ……
   ……...
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

4. **Ocena wyników leczenia, rokowanie (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja** ……..……
.....
.....
.....
5. **Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie** .....
.....
……...
6. **Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania** ……...
.....
.....
……
7. **Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia** ……..
.....
.....
……...

8. Od kiedy pacjent(ka) pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data).....
9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data) ……
10. Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta (pacjentki)? **TAK/NIE ***
11. Pacjent (ka) **wymaga/ nie wymaga*** opieki i pomocy innych osób ze względu na niezdolność do samodzielnej egzystencji.
12. U pacjenta nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia **TAK/NIE***
13. Pacjent(ka) jest:*

a) zdolny/a do udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
b) zdolny/a do przybycia wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej,
c) trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo - **należy szczegółowo opisać stan ogólny i/lub miejscowy pacjenta i dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą powyższy stan!!**

……..…
……..…
……..…
……..…
……..…
……..…
……..…
……..…
……..…
……....

…….....
pieczątka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić