

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Data.....

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
Wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  
**Zaświadczenie jest ważne przez 3 miesiące od daty wystawienia**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

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

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

**3. Uszkodzenia innych narządów i układów oraz choroby współistniejące-potwierdzone wynikami badań**

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

**4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja- rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu**

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

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

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

**6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie**

.....  
.....

**7. Wykaz wykonanych badań specjalistycznych potwierdzających rozpoznanie (w załączeniu)**

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

**8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**

.....  
.....

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

**Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?**

(rok) .....

**Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?**

(rok) .....

W/w Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji: **TAK / NIE\***

**W/w Pan/i jest trwale niezdolny(a) do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego w siedzibie zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby tj. ....**

..... **TAK / NIE\***

Czy nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia od ostatniego badania dla celów orzeczniczych : **TAK / NIE\***

\*właściwe zaznaczyć

.....  
**pieczęć i podpis lekarza**