|  |
| --- |
|  |
| Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej |
|  |  |
| Miejscowość | Data |

Zaświadczenie o stanie zdrowia dziecka

wydane dla potrzeb

Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię |  | Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Ulica |  | Nr budynku i lokalu |  |
| Kod pocztowy |  | Miejscowość |  |
| PESEL |  | Seria i numer dowodu osobistego |  |

# Rozpoznanie choroby zasadniczej

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

# Uszkodzenie innych narządów i układów, choroby współistniejące

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

# Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie

|  |
| --- |
|  |

# Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

|  |
| --- |
|  |

# Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia

|  |
| --- |
|  |

# Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej dziecka?

☐ Tak / ☐ Nie[[1]](#footnote-1)

# Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną?

|  |
| --- |
|  |
| Rok |

# Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

|  |
| --- |
|  |
| Rok |

# Wyżej wymienione dziecko wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

[ ]  Tak / [ ]  Nie[[2]](#footnote-2)

# Wyżej wymieniona dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

[ ]  Tak / [ ]  Nie[[3]](#footnote-3)

# U wyżej wymienionego dziecka [ ]  nastąpiło / [ ]  nie nastąpiło[[4]](#footnote-4) istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.[[5]](#footnote-5)

|  |
| --- |
|  |
| Pieczątka i podpis lekarza |

1. Zakreślić właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. Zakreślić właściwe [↑](#footnote-ref-2)
3. Zakreślić właściwe [↑](#footnote-ref-3)
4. Zakreślić właściwe [↑](#footnote-ref-4)
5. Wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności [↑](#footnote-ref-5)