

..... data

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(ważne 30 dni od daty wystawienia)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

Nr i seria 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. Uszkodzenie 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 wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)

.....
.....
.....
7. 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 do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności. Tak / Nie *

U w/w Pana/i nastąpiło / nie nastąpiło * istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzeczenia o stopniu niepełnosprawności **

.....
pieczętka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić

** wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

Należy dokładnie wypisać wszystkie punkty