pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

..... data .....

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

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 .....

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 dziecka ?

Tak / Nie *

Od kiedy dziecko posiada dokumentację medyczną ? (rok) .....

Od kiedy dziecko pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (rok)

.....

W/w dziecko wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie *

W/w dziecko jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Tak / Nie *

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

.....
pieczątka i podpis lekarza

* niepotrzebne skreślić
** wypełnia się, gdy pacjent ponownie ubiega się o orzeczenie o niepełnosprawności
*** **należy dokładnie wypełnić wszystkie punkty**