

UWAGA !!! ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE PRZEZ 3 MIESIĄCE OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....dnia.....r.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(wypełnia w całości lekarz sprawujący opiekę medyczną)

1. DANE OSOBOWE

1.1	Nazwisko	1.2	Imię
1.3	PESEL	1.4	Rodzaj, seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

2. ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ

--

3. PRZEBIEG SCHORZENIA PODSTAWOWEGO, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego oraz ich wpływ na życie codzienne i pracę zawodową, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja (rodzaje, czas trwania, pobyty szpitalne i sanatoryjne)

--

4. USZKODZENIA INNYCH NARZĄDÓW I UKŁADÓW, CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

--

UWAGA !!! ZAŚWIADCZENIE JEST WAŻNE PRZEZ 3 MIESIĄCE OD DNIA JEGO WYSTAWIENIA

Niewłaściwie wypełnione zaświadczenie lekarskie jest obarczone brakiem formalnym.
Zaświadczenie nieaktualne lub z brakami uniemożliwia skuteczne wszczęcie postępowania.

5. OCENA WYNIKÓW LECZENIA, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja

6. UŻYWANE ZAOPATRZENIE ORTOPEDYCZNE I SPRZĘT REHABILITACYJNY/ŚRODKI POMOCNICZE, ewentualne potrzeby w tym zakresie

7. WYKAZ WYKONANYCH BADAŃ DODATKOWYCH (wyniki w załączeniu do zaświadczenia)

8. WYKAZ ISTOTNYCH KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH (załączonych do zaświadczenia)

9. OŚWIADCZAM, ŻE:

Mam pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta:

☐ TAK ☐ NIE

Pacjent posiada dokumentację medyczną od roku.....; Pozostaje pod moją opieką medyczną od roku.....

☐ Ww. Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

☐ Ww. Pan/i wymaga pomocy osoby drugiej w pełnieniu ról społecznych.

Ww. Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego:

☐ TAK ☐ NIE

☐ U ww. Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o stopniu niepełnosprawności (wypełnić gdy pacjent ponownie ubiega się o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie