

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 DZIECKA

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz sprawujący opiekę medyczną)

1. DANE OSOBOWE DZIECKA														
1.1	Nazwisko										1.2	Imię		
1.3	PESEL										1.4	Rodzaj, seria i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość bądź nr aktu urodzenia		
2. ROZPOZNANIE CHOROBY ZASADNICZEJ														
3. PRZEBIEG SCHORZENIA PODSTAWOWEGO – początek (ustalony na podstawie dokumentacji z jej wskazaniem); stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zawansowania 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*) planowane 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.....

Dziecko wymaga całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku:

☐ TAK ☐ NIE

Dziecko jest trwale niezdolne do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego:

☐ TAK ☐ NIE

U dziecka nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania do celów orzekania o niepełnosprawności (*wypełnić gdy rodzic ponownie ubiega się o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności dla dziecka*):

☐ TAK ☐ NIE

.....
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie