

**UWAGA! Zaświadczenie ważne przez 30 dni od daty wystawienia.
W całości wypełnia czytelnie lekarz!!!**

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....data.....
(miejscowość)

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(osoby, która ukończyła 16 rok życia)**

pierwszorazowe/powtórne/ w związku ze zmianą stanu zdrowia¹

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania.....

Numer PESEL.....

Nr i seria dowodu osobistego.....

Wzrost..... waga..... RR...../.....mmHg

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

2. Rozpoznanie chorób współistniejących, uszkodzeń innych narządów,
układów:.....

.....

.....

3. Przebieg schorzenia podstawowego i chorób współistniejących: początek
(ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) - stopień uszkodzenia
strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:

.....

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w
szpitalu, sanatorium:.....

.....

.....

¹ Niepotrzebne skreślić

5 . Ocena wyników leczenia, rokowania (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....
.....
.....

6. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie:

.....
.....

7. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia:

.....
.....

8. Zakres i rodzaj ograniczeń spowodowany naruszoną sprawnością organizmu:

.....
.....
.....

9. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie:

.....

10. Czy pacjent adekwatnie do wieku wymaga pomocy w zakresie samoobsługi, poruszaniu się i komunikowaniu się (jeżeli tak wskazać rodzaj i zakres):

.....
.....

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta? TAK/ NIE²

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
TAK³/ NIE**

Czy w w/w Pana/i nastąpiło istotne pogorszenie zdrowia (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie)? TAK⁴/NIE

W/ w Pan/ do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności jest ⁵:

a) Zdolny

b) Zdolny w towarzystwie osoby drugiej

c) Trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu³

.....
Piecątka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

Uwaga: Brak pieczętek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza powoduje nieważność zaświadczenia!

²⁻⁴ Niepotrzebne skreślić

⁵ Dotyczy sytuacji, gdy osoba zainteresowana nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo, w takiej sytuacji konieczne jest dodatkowe zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia celem wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w trybie zaocznym oraz skala Bartlel