

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość

Data

Uwaga : Zaświadczenie lekarskie jest ważne 30 dni od daty wystawienia .

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka.....

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego, stadium zaawansowania choroby, zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia 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

.....
.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie?

(data)

.....

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

.....

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

Tak / Nie *

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

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

Tak / Nie *

.....

pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić
