

.....
miejsowość i data

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb
Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

(Zaświadczenie o stanie zdrowia jest ważne przez 3 miesiące od daty wystawienia)

orzeczenie pierwszorazowe

orzeczenie powtórne*

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego.....

PESEL

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:.....

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

2. Przebieg schorzenia podstawowego, stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego;
stadium zaawansowania choroby;

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące:

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

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja – rodzaje; czas trwania; pobyty w szpitalu,
sanatorium;

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

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

.....
.....

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych (w załączeniu)**.....
8. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia**

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

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. **TAK / NIE ***

W/w Pan/i jest trwale niezdolny do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności. **TAK / NIE ***

U w/w nastąpiło / nie nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia w okresie od ostatniego badania dla celów orzeczniczych **TAK / NIE ***

W przypadku trwałej niezdolności pacjenta do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu składu orzekającego należy obowiązkowo wypełnić zaświadczenie lekarskie poniżej.

**Zaświadczenie lekarskie
O trwałej niezdolności przybycia pacjenta na posiedzenie składu orzekającego**

Stwierdza się, że Pan/Paninr PESEL.....

Jest trwale niezdolny/a do przybycia na posiedzenie składu orzekającego z powodu:

.....
.....

.....
stempel i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić

** załączyć do zaświadczenia