

## **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka**

wydane dla potrzeb

Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

**(wypełnia w całości lekarz łącznie z danymi osobowymi)**

**UWAGA:** Zaświadczenie lekarskie ważne jest **30 dni** od daty jego wystawienia.

**Imię i nazwisko dziecka:** .....

**Data i miejsce urodzenia dziecka:** .....

**Numer PESEL dziecka:** .....

**Adres zamieszkania dziecka:** .....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)**

**2. Przebieg schorzenia podstawowego:**

**3. Choroby współistniejące, uszkodzenia innych narządów i układów (w języku polskim):**

**4. Dokładna data powstania niepełnosprawności:**

**5. Proszę dokładnie określić przyczynę niepełnosprawności (Zgodnie z § 2 pkt 1-9 oraz § 1 pkt 1-3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 lutego 2002 r. w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności osób w wieku do 16 roku życia):**

**6. Rokowanie (możliwość poprawy), dalsze leczenie i rehabilitacja:**

7. Czy konieczne jest zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie:

TAK  \*

NIE  \*

Jeżeli TAK to proszę dokładnie wyszczególnić – jakie :

8. Czy zachodzi konieczność stałego współdziałania na co dzień opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji :

TAK  \*

NIE  \*

9. Czy zachodzi potrzeba korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji dziecka :

TAK  \*

NIE  \*

10. Czy zachodzi konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji dziecka :

TAK  \*

NIE  \*

11. Czy niepełnosprawność dziecka spełnia przesłanki określone w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym :

TAK  \*

NIE  \*

12. Czy niepełnosprawność dziecka kwalifikuje do innych wskazań (np. ulgi komunikacyjne itp.) Proszę wyszczególnić jakich :

13. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (rok).....

14. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (rok).....

15. Czy stan zdrowia dziecka uniemożliwia podróż celem stawienia się na badanie lekarskie?

TAK  \*

NIE  \*

*Do niniejszego wniosku proszę dołączyć odpisy lub kserokopie dokumentów potwierdzających rozpoznanie choroby, takich jak: dokumentacja medyczna z miejsca leczenia, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonywanych badań dodatkowych oraz inną dokumentację medyczną istotną dla oceny stanu zdrowia dziecka.*

.....  
(pieczętka i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)