

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane na potrzeby
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.....

Data i miejsce urodzenia.....

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim).

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 (trwałości uszkodzeń, możliwości poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja.

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

6. Wykaz wykonywanych badań dodatkowych (w załączeniu).

7. 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 ? (data)

- Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ?

(data).....

- W/w Pan/ i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożności samodzielnej egzystencji.

Tak / Nie*

- W/w Pan/ i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopni niepełnosprawności jest*:

a) zdolny/a

b) zdolny/a w towarzystwie osoby drugiej

c) **trwale** niezdolny/a do odbycia podróży z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo – należy szczegółowo opisać stan ogólny pacjenta.....

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

*odpowiednie zaznaczyć

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