

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
Miejscowość i data

**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 **3 miesiące** od daty jego wystawienia.

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....

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. Ocena wyników leczenia, rokowania, trwałości uszkodzeń, możliwości poprawy, dalsze leczenie i rehabilitacja).

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące.

4. Istotne konsultacje specjalistyczne (załączone do zaświadczenia).

5. Wykaz wykonywanych badań (w załączeniu).

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie.

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

☐ **Tak** / ☐ **Nie***

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie ? (data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną ? (data)

W/w pacjent jest:

☐ **zdolny**

☐ **zdolny w towarzystwie osoby drugiej**

☐ **niezdolny całkowicie**

do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania*

**odpowiednie zaznaczyć*

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