Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

Miejscowość i data ...........................................................

# Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania Niepełnosprawności

(nie wcześniej niż **na 3 miesiące** przed dniem złożenia wniosku)

U Pana/i ...................................................................................................................................................................................

urodzonego/ej ................................................... zamieszkałego/ej .............................................................................

którego/ej tożsamość ustalono na podstawie (seria i numer dokumentu) ..............................................

PESEL .................................................................. stwierdza się co następuje:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej ...........................................................................................................................

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

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

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

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

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

Wzrost ............... Waga .................... RR .............../................ mmHg

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby

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

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

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

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

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

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

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

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące .......................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Ograniczenia .....................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

8. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, potwierdzających rozpoznanie stanowiących załączniki do niniejszego zaświadczenia ..................................................................................................................

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

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

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

9. Wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia ...............................

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

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

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

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

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

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

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data) .............................................................................

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

Wyżej wymieniony/a Pan/i wymaga / nie wymaga\* opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.

U wyżej wymienionego/ej Pan/i (dziecka):

* długotrwała i nierokująca poprawy choroba uniemożliwia stawiennictwo na posiedzeniu składu orzekającego, głównie z powodu (wymienić konkretne ograniczenia):

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

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

........................................................................................................................................................................................ ***Informacja dla lekarza wypełniającego zaświadczenie*** *w przypadku zaznaczenia braku możliwości osobistego stawiennictwa, należy ten fakt uzasadnić (w przypadku braku merytorycznego uzasadnienia, wnioskodawca zostanie wezwany na posiedzenie składu orzekającego).*

* nie dotyczy

U wyżej wymienionego/ej Pana/i nastąpiła zmiana ( 🗆 polepszenie/ 🗆 pogorszenie) stanu zdrowia od czasu poprzedniego badania przez zespół TAK / NIE/NIE DOTYCZY\*

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

pieczątka i podpis lekarza

wydającego zaświadczenie

Zaświadczenie lekarskie powinno zawierać opis stanu zdrowia, rozpoznanie choroby zasadniczej i chorób współistniejących potwierdzonych w załączonej do wniosku dokumentacji medycznej: kartach leczenia szpitalnego, konsultacjach specjalistycznych, historii choroby oraz w innych posiadanych dokumentach mogących mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności.

Zaświadczenie lekarskie powinno być **wypełnione czytelnie** i wyczerpująco.

Brak pieczątek podmiotu wystawiającego zaświadczenie lub/i podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.

**WNIOSKI NIEPOSIADAJĄCE W ZAŁĄCZENIU KOMPLETNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE.**

\* niepotrzebne skreślić