

Uwaga : zaświadczenie jest **ważne 3 miesiące od dnia jego wystawienia**,
wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!

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

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość....., dnia

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności
(wypełnia w całości lekarz, łącznie z danymi osobowymi pacjenta)

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

Adres zamieszkania

Numer i seria dowodu osobistego (paszportu)

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

**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 (trwałość uszkodzeń, możliwość poprawy), dalsze leczenie
i rehabilitacja**

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

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

Uwaga : zaświadczenie jest **ważne 3 miesiące od dnia jego wystawienia**,
wszystkie punkty formularza należy dokładnie wypełnić!

6. Wykaz wykonanych 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? (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*

Czy nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia?

Tak / Nie*

W/w Pan/i do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o niepełno-
sprawności 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 - jeżeli osoba zainteresowana jest trwale
niezdolna do odbycia podróży należy ten fakt uzasadnić. W przypadku braku merytoryczne-
go uzasadnienia wnioskodawca może zostać wezwany na posiedzenie składu orzekającego.

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

UWAGA !

Zaoczne rozpatrywanie sprawy występuje jedynie w wyjątkowych przypadkach, jeżeli rozpoznana choroba jest
długotrwała, nierokująca poprawy i powodująca całkowitą dysfunkcję fizyczną lub psychiczną osoby składającej
wniosek (tj. osoba leżąca, osoba upośledzona umysłowo bez kontaktu słownego, osoba podłączona do respiratora,
itp.).

.....

pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* *niepotrzebne skreślić*