

Pieczętka Przychodni

....., dnia
(miejscowość)

Druk zaświadczenia lekarskiego W CAŁOŚCI wypełnia LEKARZ!

***Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb
Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności***

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Nr i seria dowodu osobistego

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
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)

Ww. Pan/i wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji.
TAK/NIE*

Ww. Pan/i jest trwale niezdolny/a do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.
TAK/NIE*

.....
pieczęć i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić

Uwaga! Zaświadczenie jest ważne 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza!