

.....
(miejscowość i data)

Pieczętka zakładu
opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
wydane dla potrzeb zespołu
do spraw orzekania o niepełnosprawności**

(Uwaga! Zaświadczenie ważne jest 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Zespole)

Imię i nazwisko pacjenta(ki).....

Data urodzenia adres zamieszkania.....

Tożsamość ustalono na podstawie (nazwa, seria i numer dokumentu).....

.....PESEL.....

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....
.....

2. Choroby współistniejące

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

3. Opis przebiegu choroby i dotychczasowe leczenie

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

4. Aktualny stan przedmiotowy

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

.....
5. **Ocena wyników leczenia, rokowanie**

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

6. **Używane urządzenia protetyczne, pomoce techniczne, ich tolerancja**

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

7. **Wykaz wykonanych badań potwierdzających rozpoznania**.....

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

8. **Wykaz przeprowadzonych konsultacji specjalistycznych**

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

Jeśli pacjent(ka) nie posiada pełnej dokumentacji diagnostycznej potwierdzającej rozpoznanie

i pozwalającej ocenić stopień zaawansowania zmian chorobowych proszę wskazać jakie badania są w toku.....

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

Pacjent(ka) wymaga stałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji spowodowaną stanem zdrowia TAK / NIE* (*dotyczy osób powyżej 16. roku życia*)

Pacjent(ka) wymaga częściowej (w niektórych czynnościach) lub czasowej (w okresach wynikających ze stanu zdrowia) pomocy innych osób TAK/ NIE* (*dotyczy osób powyżej 16. roku życia*)

Pacjent(ka) jest:*

- a) zdolny/a do udziału w posiedzeniu składu orzekającego,
- b) zdolny/a do przybycia wyłącznie w towarzystwie osoby drugiej,
- c) niezdolny/a do osobistego udziału w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, co potwierdza załączona dokumentacja leczenia

.....
pieczętka i podpis lekarza
wydającego zaświadczenie

* niepotrzebne skreślić