

....., dnia

(miejscowość i data)

*pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
osoby powyżej 16 roku życia
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Nazwisko i imię:

Data i miejsce urodzenia:

Numer PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(lub informacja o obywatelstwie w przypadku cudzoziemca nieposiadającego numeru PESEL)

Miejsce stałego pobytu:

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji),
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. Rozpoznanie chorób zostało potwierdzone aktualnymi wynikami badań diagnostycznych:
(wpisać jakimi) – (w załączeniu)

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

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

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

6. Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:
7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych / konsultacji:
8. Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wydającego zaświadczenie (data):
9. Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną?
10. Lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokument. medycznej pacjenta:
☐ TAK ☐ NIE
11. Czy u pacjenta **nastąpiło istotne pogorszenie stanu zdrowia** w okresie od wydania poprzedniego zaświadczenia lekarskiego: ☐ TAK ☐ NIE
12. Pacjent **wymaga opieki osoby drugiej ze względu na niemożność do samodzielnej egzystencji**:
☐ TAK ☐ NIE

OCENA MOŻLIWOŚCI STAWIENIA SIĘ NA POSIEDZENIE SKŁADU ORZEKAJĄCEGO*:

1. Czy **choroba stale uniemożliwia osobiste stawiennictwo** celem udziału w posiedzeniu powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności: ☐ TAK ☐ NIE
2. Choroba ma charakter **długotrwały oraz nie rokuje poprawy**: ☐ TAK ☐ NIE
3. Brak możliwości osobistego stawiennictwa, lekarz stwierdził na podstawie (w załączeniu):
– historia zdrowia i choroby w części dotyczącej wizyt domowych: ☐ TAK ☐ NIE
– inne dokumenty (wpisać jakie)

*zaznaczyć X w odpowiedniej kratce

.....
pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

UWAGA:

- 1) Zaświadczenie lekarskie ważne jest przez 30 dni od dnia jego wystawienia – podstawa prawna § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.
- 2) Brak pieczęci podmiotu wydającego zaświadczenie i/lub podpisu lekarza, daty oraz danych osobowych pacjenta powoduje nieważność zaświadczenia.