

Miejscowość.....

Data.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA  
wydane dla potrzeb Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności**

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji i numer telefonu.....

**1. Rozpoznanie choroby zasadniczej**

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

**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, pobyty w szpitalu**

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

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

.....  
.....

6. używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny; ewentualne potrzeby w tym zakresie .....
7. wykaz wykonywanych badań dodatkowych, potwierdzonych rozpoznanie ( w załączeniu ) .....
8. wykaz istotnych konsultacji specjalistycznych, załączonych do zaświadczenia .....

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

od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta?

**TAK/NIE**

---

niepotrzebne skreślić

Czy w okresie od ostatniego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia pacjenta? (dotyczy osób posiadających ważne orzeczenie)

**TAK/NIE**

---

niepotrzebne skreślić

**Jeśli tak to należy uzasadnić w jakim stopniu i zakresie?**

Osoba zainteresowana /dziecko **jest zdolna/e** do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

---

Osoba zainteresowana /dziecko **nie jest zdolna/e** do odbycia podróży.  
Nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego  
**z powodu długotrwałej i nierokującej (szybkiej) poprawy choroby.**

---

niepotrzebne skreślić

.....  
stempel i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

---